



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

EVERTON LIMA DO NASCIMENTO

SAÚDE DO HOMEM:

Caminhos para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do
Homem em Sergipe



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

EVERTON LIMA DO NASCIMENTO

SAÚDE DO HOMEM:

Caminhos para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do
Homem em Sergipe

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao
Departamento de Serviço Social do Centro de
Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal
de Sergipe como requisito parcial para obtenção do
Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Noêmia Lima Silva

São Cristóvão – SE

Setembro / 2017. 1

EVERTON LIMA DO NASCIMENTO

SAÚDE DO HOMEM:

Caminhos para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do
Homem em Sergipe

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

São Cristóvão, 26 de setembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Noêmia Lima Silva
Prof^ª. Dr^ª. Departamento de Serviço Social – UFS
Orientadora

Rosângela Marques dos Santos
Prof^ª. Dr^ª. Departamento de Serviço Social – UFS

1º Examinadora

Lara Verônica Brito Gomes
Assistente Social – USF Fernando Sampaio

2ª Examinadora

AGRADECIMENTOS

Grato ao Autor da Vida por ter me presenteado com bênçãos infinitas, concedendo a mim, sabedoria, fé e inteligência para viver tudo o que Ele sonhou ao meu respeito.

Aos meus pais, João Batista do Nascimento e Ilza Alexandre Lima do Nascimento por todo o suporte e compreensão em minha trajetória acadêmica.

As boas amizades construídas durante o percurso da graduação, em especial, Ivânio Grigório Santos que por diversas vezes levantou o meu ânimo com palavras de incentivo. Bem como, aos meus amigos de longa data, que cada qual, a seu modo, deram apoio para minha formação.

Ao Programa de Educação Tutorial de Serviço Social (PET_SS) e aos meus amigos e companheiros bolsistas, com os quais vivenciei inúmeras experiências que levarei por toda a vida.

As assistentes sociais, psicóloga e estagiárias do Núcleo Psicossocial da Vara de Execução Criminais onde desenvolvo meu estágio extracurricular por transmitir conteúdo de informações e lições de vida, junto a bons momentos de risadas e descontração.

A assistente social Lara Verônica Brito Gomes, minha supervisora do estágio obrigatório, por compartilhar seus conhecimentos, assim como, a minha colega de estágio Larissa Grave, pela parceria e cumplicidade nas tarefas realizadas.

A professora Dr^a Noêmia Lima Silva pela orientação.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) tem como objetivo geral conhecer e analisar a trajetória histórica da Implantação/Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em Sergipe. Para tanto, utilizou-se da pesquisa bibliográfica, documental e de campo para obter os dados e informações necessárias para sistematizar o percurso da Política de Saúde do Homem no estado sergipano e sua capital, Aracaju. A coleta de dados ocorreu mediante consulta a publicações em documentos oficiais do governo federal e estadual, a produções científicas referentes ao tema abordado, e entrevistas realizadas com representantes governamentais. Os resultados mostraram que há desafios para a efetivação municipal da referida política, como os fatores institucionais e socioculturais; a cooperação entre as três esferas do governo é indispensável para desenvolver ações visando o alcance do objetivo da política; é fundamental aos profissionais de saúde que auxiliam na implementação da PNAISH, sejam sensibilizados quanto a importância da política e seus objetivos.

Palavras-chave: Saúde do Homem. PNAISH. Operacionalização

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva

ALESE - Assembleia Legislativa do Estado de Sergipe

APS - Atenção Primária à Saúde

CAP - Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos

EERP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

EqSF - Equipe Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

NEST - Núcleo Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

RT – Referência Técnica

SES - Secretaria de Estado da Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFs - Unidades da Federação

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – JORNAIS DIGITAIS CONSULTADOS31

QUADRO 2 – DOCUMENTOS CONSULTADOS33

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. BREVE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	14
1.1 Política de Saúde no Brasil: Da Filantropia e Medicina Liberal à Saúde Pública como Direito Social	14
1.2 Sistema Único de Saúde: Princípios e Diretrizes	17
2. AS CONTRIBUIÇÕES DA ABORDAGEM DE GÊNERO PARA A SAÚDE	20
2.1 O Debate de Gênero nas Ciências Sociais e Humanas.....	20
2.2 Os Determinantes Sociais/Culturais de Gênero e a Sua Relação com a Saúde	23
2.3 O Reconhecimento da Vulnerabilidade Masculina: Enfrentamento Através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Do Homem	27
3. METODOLOGIA	30
4. POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM EM SERGIPE: RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
4.1 Retrato da Saúde do Homem em Sergipe	34
4.2 Intervenção Estatal: Ações e Serviços Voltados ao Público Masculino de Sergipe	37
4.2.1 Implementação da PNAISH nos Municípios Brasileiros: Aracaju Escolhido como Projeto-Piloto	40
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÊNDICES	56
APÊNDICES A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	56
APÊNDICES B - - Roteiro de Entrevista – Diretoria de Atenção Integral à Saúde – Secretária Estadual de Saúde (SES) - Coordenação Estadual de Atenção Básica - Saúde do Homem	57
APÊNDICES C - Roteiro de Entrevista – Secretária Municipal de Saúde (SMS)	58

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresenta como tema central, o percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Homem (PNAISH), desde a sua formulação na esfera federal, até a implementação em Sergipe. O debate em torno da saúde do homem, perpassa por diversas áreas do conhecimento, sendo mais evidente, no âmbito da saúde.

A PNAISH é uma política de saúde consideravelmente recente, que é orientada pela perspectiva relacional de gênero. Como informa Vieira et al. (2011, p. 215), “A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi criada, no Brasil, pelo médico sanitário José Gomes Temporão em março de 2008, um ano após assumir o Ministério da Saúde, no segundo mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva.”.

A motivação para discutir o referido tema surgiu durante o processo de formação profissional do aluno/pesquisador, ao notar e refletir que tanto no espaço da Universidade Federal de Sergipe (UFS) - por meio de realizações de encontros, seminários, congressos etc., - quanto em outros espaços públicos e privados, cujo os debates envolviam a temática de gênero centralizavam a maior parte das vezes, apenas o papel ou a condição da mulher na sociedade, em diversos aspectos como a vida profissional, familiar e saúde.

A PNAISH não pretende “vitimizar” o homem e sua elaboração não é reflexo de prática machista, mas viabilizar para público masculino ações e serviços especializados de saúde, pois, de acordo com a Constituição Federal de 1988 “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, sem discriminação de qualquer espécie (gênero, raça, religião, entre outros), assim, a política de saúde do homem em consonância com o princípio da equidade inscrito no texto constitucional, sinaliza que o Sistema Único de Saúde precisa reconhecer as desigualdades e vulnerabilidades dos grupos e indivíduos sociais para não favorecer a injustiça social.

De acordo com Jesus e Silva (2014, p.1273),

Segundo Carrara, Russo e Faro (2009) os homens, não lutam por melhores condições de saúde, uma vez que teriam que assumir suas vulnerabilidades e fragilidades para poderem, então, reivindicar que suas demandas e necessidades em saúde fossem atendidas, pois, fazendo isso estariam se igualando às mulheres, que lutaram através de movimentos organizados por melhores condições de saúde, se tornando ‘vítimas da sua própria masculinidade’.

Durante o processo de pesquisa, não se verificou produção bibliográfica no Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe que contemplasse o debate sobre a trajetória histórica da Implantação/Implementação da Política de Saúde do Homem em Sergipe, como também, não se localizou via pesquisa na Internet, estudos bibliográficos, os quais informem especificadamente, a trajetória da política de saúde do homem no estado de Sergipe, apenas, foram encontradas em fontes hemerográficas (jornais digitais), estes, sinalizavam estratégias e serviços realizados por órgãos públicos para efetivar a PNAISH no estado e no município de Aracaju, majoritariamente.

Desse modo, esse TCC demonstra a relevância do tema não apenas para o assistente social, atuante na área da saúde, como também, nas diversas áreas nas quais realizam seu exercício profissional, pois, a compreensão do debate de gênero contribui no conhecimento dos determinantes socioculturais da saúde de homens e mulheres.

Em geral, a população masculina vivencia estatisticamente, uma maior exposição a situações de risco em todo o seu ciclo de vida. Condições inadequadas de trabalho, hábitos não salutar, expressos através do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, cigarro e participações em situações de violências, entre outros, evidenciam o porquê do alto índice de morbimortalidade¹ do gênero masculino. “No Brasil, entre 1960 e 2006 a esperança de vida foi maior para as mulheres, e a diferença entre as curvas masculina e feminina tende a aumentar a cada ano. Em 1960 a diferença era de três anos e em 2006 ela chega a 7,6 anos.” (BARATA, 2009, p.80).

Para a maioria das populações, a mortalidade é maior entre os homens em todas as faixas etárias a partir do nascimento. Apenas em culturas que praticam o infanticídio feminino, ou em sociedades onde a assistência à gestação e ao parto é muito precária, a mortalidade pode ser maior entre as mulheres em certos grupos etários. (BARATA; 2009, p. 78-79).

Diante deste quadro, torna-se importante conhecer e analisar criticamente a trajetória da implantação/implementação da Política de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) em Sergipe, no que tange principalmente, as medidas adotadas para a

¹ Sobre o conceito de morbimortalidade apresentamos que “Morbimortalidade é um conceito complexo que provém da ciência médica e que combina dois subconceitos como a morbilidade e a mortalidade. Podemos começar explicando que a morbilidade é a presença de um determinado tipo de doença em uma população. A mortalidade, por sua vez, é a estatística sobre as mortes em uma população. Assim, ambos os subconceitos podem ser entendidos com a ideia de morbimortalidade, mais específica, significa em outras palavras, aquelas doenças causadas de morte em determinadas populações, espaços e tempos.” (QUECONCEITO, s/d, n/p).

operacionalização da política de saúde do homem no Estado, para que, a partir da apreensão da realidade identificada, os gestores e profissionais de saúde responsáveis pela efetivação da política possam planejar ações que deem subsídios a intervenções mais qualificadas, orientando planos, projetos e programas mais adequados para garantir que a política seja materializada e a população masculina seja assistida de acordo com a determinação da PNAISH.

Segundo Arretche (1998, apud BOSCHETTI, s/d, p. 2) há diferença entre análise e avaliação de políticas sociais. Referente ao conceito do primeiro termo citado, cabe a este conhecer as características de uma política, tais como saber as ações e serviços prestados, a articulação entre o público e o privado, as fontes de financiamento, entre outros. Nesta concepção de análise, não sucede preocupação com os resultados.

ainda que a análise de uma política pública possa atribuir a um determinado desenho institucional alguns resultados prováveis, somente a avaliação desta política poderá atribuir uma relação de causalidade entre um programa X um resultado. (ARRETCHÉ, 1998, p. 31 apud BOSCHETTI, s/d, p. 2).

Desta forma, esta pesquisa pretende contribuir também para superação do senso comum, o qual coloca os homens em uma posição praticamente de “intocáveis” quanto as expressões da questão social, fruto de um apriorismo que acaba por naturalizar comportamentos, compreendendo os homens como “resistentes”, “brutos”, “opressores”, “não afetuosos”, entre outros, desta forma não necessitados ou não merecedores da atenção do Estado em relação a elaboração de políticas públicas para a população masculina.

O objetivo geral deste trabalho consistiu em conhecer e analisar a trajetória histórica da Implantação/Implementação da Política de Saúde do Homem em Sergipe, e para auxiliar na condução da pesquisa foi estabelecido os seguintes objetivos específicos: Conhecer a legislação nacional, estadual e municipal direcionada a Implantação/Implementação da política de saúde do homem; identificar os planos, programas e projetos de saúde voltados para a população masculina do estado e do município; levantar as ações e serviços de saúde para o sexo masculino.

O trabalho foi sistematizado da seguinte forma: no primeiro capítulo é apresentado um breve histórico da trajetória da política de saúde no país, desde as manifestações de iniciativas sanitárias no Brasil-Colônia até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Em seguida, no segundo capítulo, demonstramos as contribuições da abordagem

de gênero para a saúde, presente no debate acadêmico, através do esclarecimento dos conceitos pertinentes para a pesquisa, como também foi pontuado o contexto de surgimento da PNAISH.

No terceiro capítulo - Metodologia -, foram expressos os caminhos e os instrumentos adotados pelo pesquisador para sistematizar e tabular as informações obtidas, como a construção de quadros para organização, análise e interpretação. Ao quarto capítulo, ficou reservado apresentar os resultados encontrados, resultante do cumprimento da metodologia adotada e a discussão dos achados mediante o diálogo do pesquisador e as fontes investigadas. Aqui evidenciamos o retrato contemporâneo da saúde do homem em sergipano, a intervenção estatal por meio de ações e serviços voltados ao público masculino de Sergipe e o diferencial do municipal de Aracaju no processo de implementação da PNAISH.

Por fim, nas considerações finais foram explicitadas reflexões a respeito do processo de implementação da PNAISH em Sergipe, e ressaltado a importância das contribuições dos gestores, dos profissionais de saúde, e dos próprios usuários masculinos do sistema de saúde para a efetivação da política de saúde do homem a nível local.

1 . BREVE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 Política de Saúde no Brasil: Da Filantropia e Medicina Liberal à Saúde Pública como Direito Social

De acordo com Bertolozzi e Greco (1996) na condição de colônia de Portugal, o Brasil não apresentava um sistema organizado de saúde. A maior parte da população do país utilizava a medicina de “folk”² e os senhores de café requisitavam os profissionais da medicina oriundos de Portugal.

Segundo Paim (2009), no que concerne a historicidade da organização sanitária no Brasil-Colônia, o cirurgião-mor dos Exércitos de Portugal era o responsável pelos serviços de saúde direcionados aos soldados militares, como também, ao físico-mor estava a responsabilidade de responder, oficialmente, pelas ações profissionais como os de médicos, farmacêuticos, cirurgiões, entre outros.

Os problemas de higiene eram de responsabilidade das autoridades locais. Assim, as câmeras municipais se preocupavam com a sujeira das cidades, a fiscalização dos portos e o comércio de alimentos. E desde aquela época os moradores das cidades solicitavam a presença de médicos, mediante cartas ao rei, apesar da dificuldade de serem encontrados profissionais dispostos para o Brasil. (PAIM, 2009, p.25-26).

Modelo do Sanitarismo era o estabelecido na saúde pública deste período, sendo efetivado nas áreas urbanas das cidades, desenvolvido por campanhas para eliminar as doenças que surgiam.

Nessa época foi constituída a Academia Real de Medicina Social, na Bahia, que tinha como objetivos: a proteção da saúde da população segundo os modelos europeus e a defesa da ciência, o que contribuiu para a construção da hegemonia da prática médica no Brasil. (BERTOLOZZI; GRECO; 1996, p.386).

Podemos identificar em solo brasileiro já no século XVIII, ações de combate as causas de doenças, contudo, apenas em 1910 que se inicia as políticas de saúde devido a necessidade

² De modo geral, a Medicina Folk ou Medicina Tradicional faz alusão as práticas em saúde que envolvem a utilização de ervas medicinais e expressões de crenças sobrenaturais. Essas práticas foram naturalizadas antes da denominada medicina moderna ou convencional, como as ações desenvolvidas por índios, por exemplo.

de integração nacional e mudanças no comportamento dos trabalhadores. Na década de 1920, há a implantação de um novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública através da Reforma Carlos Chagas que estabelece a distinção entre a saúde pública e a saúde previdenciária. Neste contexto, o país passava por uma urbanização e industrialização acelerada e desta forma, o contingente de trabalhadores cresceu.

Com o surgimento da Lei Elói Chaves em 1923, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) é criada e regulamentada para garantir da pensão aos trabalhadores das fábricas que se afastavam do trabalho por doença ou acidente, e assegurar uma futura aposentadoria e prestação de assistência médica ao trabalhador. O sistema de CAP era mantido pelas contribuições do Estado, dos patrões e dos próprios trabalhadores. E no seu início, não abrangia todas as categorias profissionais.

O ‘sistema de saúde’ brasileiro, formado ao longo do século XX, teve como marca a dicotomia entre saúde pública e assistência médico-hospitalar. De um lado, as campanhas sanitárias e, de outro, a filantropia, a medicina liberal, a medicina previdenciária e, posteriormente, as empresas médicas. Antes de 1930, não havia o reconhecimento dos direitos sociais no Brasil. (PAIM,2008, p.94).

Diante desta realidade, com as reivindicações da classe trabalhadora por melhores condições de trabalho, o Estado começa a intervir por meio das políticas sociais para dar respostas as inquietações dos trabalhadores que estavam se organizando para terem supridas suas exigências. Sendo assim, a intervenção estatal justifica-se pela necessidade da manutenção da ordem capitalista feita através da mediação entre as classes sociais.

Ainda como resposta as reivindicações dos trabalhadores, em 1932 é criado os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) no Estado Novo de Getúlio Vargas. No período denominado Era Vargas (1930-1945) o sistema de proteção social brasileiro avança juridicamente, assim, a medicina previdenciária surge como resultado da Previdência Social em 1933 dos trabalhadores formais que era gerenciado pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP).

A medicina previdenciária, que surgiu na década de 30, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categoriais de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de ‘antecipar’ as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla. (BRAVO, s/d, p. 5).

Apenas entre 1945 e 1950 que a Política Nacional de Saúde se consolida. Com a expansão capitalista em 1950, há uma modernização do setor de saúde no Brasil. Os grupos empresariais médicos na década 1950, já pressionavam o Estado para o alcance de seus interesses, requerendo financiamento público para a iniciativa privada.

Com o golpe civil-militar em 1964, o modelo prevalecente na saúde é o hospitalocêntrico, os custos com a assistência médica são elevados graças as transformações tecnológicas e científicas, por qual passava o saber médico. O governo ditatorial diante da “questão social”, utiliza a estratégia da repressão-assistência, desta forma, visava atenuar as tensões sociais e obter a legitimidade do regime da ditadura militar. Assim como, favorecer a acumulação do capital, por exemplo, mediante a transferência de verbas a iniciativa privada para construções de hospitais.

Dentre as mudanças ocorridas na década de 1960, os Institutos de Aposentaria e Pensão (IAP's), são unificados em um só instituto, desse modo, cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão público federal previdenciário. E como nos informa Bertolozzi e Grego (1996, p.386), “Foi nesse contexto que emergiu o movimento sanitário no interior das Universidades, como decorrência da exclusão da participação dos trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde, as quais eram tomadas pelos governos autoritários em seu próprio benefício. ”.

Na década de 1970, em meio a luta pela democratização da saúde e da sociedade, surge entidades como o Centro Brasileiro de Estudos (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) que fizeram parte do embate de interesses no âmbito da saúde. Ressalta-se que os componentes das instituições citadas propagavam as ideias defendidas pela reforma sanitária.

Nesse período de reorganização da sociedade civil, forças políticas ligadas à saúde pública passaram a discutir questões amplas ligadas à redemocratização do país e ao acesso aos serviços de saúde junto ao Legislativo. Esse foi um período de “crise” da Previdência Social, e não apenas crise financeira, mas também crise ideológica acerca do modelo de saúde a ser adotado, que colocou em confronto privatistas e publicistas. (FALLEIROS; LIMA, 2010, p.239).

A política de saúde estava posta em discussão, os entraves para sua ampliação, a ausência de recursos financeiros, o embate com o setor empresarial médico, e a criação do movimento sanitário, se colocavam em pauta.

No final de 1973, o modelo econômico e político começou a mostrar sinais de falência em decorrência das inúmeras contradições internas que eram inerentes à sua própria lógica. Além disso, a queda das elevadas taxas de crescimento econômico, retirava do regime político o precário "status" de legitimidade popular que buscava mobilizar. (BERTOLOZZI; GRECO; 1996, p.388).

Já na década 1980, findo o regime militar, e o país economicamente em crise, o tema saúde não se encontra restrito a interesses apenas de técnicos, personagens como os profissionais da saúde, o movimento sanitário, partidos políticos dão uma dimensão política a questão.

Os anos 1980 são considerados de década perdida pela intensa crise econômica vivida. Neste período houve um esgotamento do modelo sanitário adotado. A intensa crise e o processo de democratização do país determinam novos rumos nas políticas e fizeram surgir, na arena sanitária, sujeitos sociais que propugnavam um modelo alternativo de atenção à saúde. (MACHADO, 2012, p.98).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, houve intensa participação social. A concepção ampliada de saúde foi consagrada, juntamente com o princípio da saúde como direito universal e dever do Estado, neste evento foi lançada as bases doutrinárias do Sistema Único de Saúde.

Na assembleia constituinte, a questão da saúde foi uma arena de enfrentamento entre grupos empresariais do setor privado e os que defendem a Reforma Sanitária. O movimento sanitário consegue colocar no texto da constituição algumas das reivindicações, por exemplo, a saúde como um direito universal e dever do Estado, a constituição do Sistema Único de Saúde e a proibição da venda de sangue. Este documento ficou conhecido como “Constituição Cidadã de 1988”.

1.2 Sistema Único de Saúde: Princípios e Diretrizes

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 é compreendida como um marco na defesa de um novo modelo de saúde numa perspectiva pública e universal. Nesta conferência estavam presentes representantes de vários grupos da sociedade civil como os profissionais de saúde, usuários do sistema e prestadores de serviços para a saúde.

Apesar dos interesses e preocupações muitas vezes conflitantes, as forças progressistas aprovaram o princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a ser implementado com a unificação, a democratização e a descentralização do sistema de saúde, depois inscrita na Constituição Federal de 1988; ampliaram e politizaram o conceito de saúde, compreendido como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde; e aprovaram propostas relativas às bases financeiras do sistema, incorporadas posteriormente ao texto constitucional e um dos principais problemas que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrentaria nas décadas de 1990 e 2000. (FALLEIROS; LIMA, 2010, p.241-242).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado do posicionamento do Congresso Nacional posto na Constituição Federal de 1988, que estabelece a saúde como um direito dos cidadãos e que o Estado deve agir em função da garantia deste direito.

O cumprimento dessa responsabilidade política e social assumida pelo Estado implica na formulação e implementação de políticas econômicas e sociais que tenham como finalidade a melhoria das condições de vida e saúde dos diversos grupos da população. Isto inclui a formulação e implementação de políticas voltadas, especificamente, para garantir o acesso dos indivíduos e grupos às ações e serviços de saúde, o que se constitui, exatamente, no eixo da Política de saúde, conjunto de propostas sistematizadas em planos, programas e projetos que visam, em última instância, reformar o sistema de serviços de saúde, de modo a assegurar a universalização do acesso e a integralidade das ações. (TEIXEIRA, 2011, p.3).

Para avançar no processo de universalização do SUS, é necessário que toda a sociedade seja beneficiada com a assistência à saúde, diante disso, diversas barreiras devem ser enfrentadas como os entraves socioeconômicos, culturais e jurídicos, por exemplo. Para desta forma, os serviços alcancem a toda população.

O SUS possui princípios e diretrizes que respaldam o seu funcionamento e organização. A respeito destes, “[...] a denominação princípios é dada para a base filosófica, cognitiva e ideológica do SUS, e a designação diretrizes se refere à forma, às estratégias, e aos meios de organização do sistema para a sua concretização.” (MATTA, 2010, p. 248). Os princípios que compõem o SUS são: universalidade, integralidade, e equidade, sobre os quais apresentaremos breves considerações.

A respeito da universalidade, por ser a saúde um direito do cidadão, este não precisa contribuir financeiramente e não há distinção quanto a sexo, raça, religião, entre outros, para o usuário usufruir da assistência à saúde. No que diz respeito a integralidade, segundo Matta

(2010) há várias compreensões em torno do termo integralidade na área da saúde. O entendimento de integralidade contido na Constituição Federal de 1988, diz respeito a não separação entre as ações preventivas e curativas. É necessário que o modelo de atenção à saúde não fragmente o usuário, mas, que o compreenda como um ser integral. “Integralidade é definida como um princípio do SUS, que considerando as dimensões biológica, cultural e social do usuário, orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços.” (FRACOLLI et al., 2011, p. 1136).

Segundo Fracolli et al, (2011), uma primeira compreensão de integralidade está relacionada ao movimento da medicina integral no Estados Unidos da América. Para os que faziam parte desse movimento, os médicos não devem reduzir o paciente ao sistema biológico. Assim, uma outra concepção da palavra integralidade na atenção à saúde reflete a crítica efetuada a redução do indivíduo ao aspecto estritamente biológico, por consequência, a necessidade de considerar a relação do sujeito com a sociedade e o meio ambiente. A integralidade na atenção à saúde corresponde a disponibilizar ao usuário do SUS, todas as ações e serviços possíveis, e fomentar a promoção a saúde, a prevenção de doenças e a assistência aos enfermos.

Quanto a equidade, todas pessoas precisam ter igualdade de oportunidade de sobrevivência, contudo, as desigualdades sociais em saúde, oriundos de injustiça, reduz as possibilidades de qualidade de vida da população. Reconhecer essas desigualdades e atender atento as vulnerabilidades dos grupos e indivíduos é agir com equidade. “[...]. Portanto, para alguns autores, o princípio da equidade não pressupõe a noção de igualdade, mas significa, sim, tratar desigualmente o desigual, atentando para as necessidades coletivas e individuais e procurando investir onde a iniquidade é maior.” (MATTA, 2010, p.249).

Com relação as diretrizes que compõem o SUS, elenca-se os seguintes: descentralização, participação da comunidade, regionalização e hierarquização, os quais apresentaremos algumas características.

Quanto a descentralização, permitir a gestão do sistema de saúde em todos os níveis de governo, considerando a diversidade regional, em que a política será implementada. “[...]. Nesse sentido, as decisões não devem estar centralizadas em Brasília, sede do governo federal.”. (PAIM, 2009, p. 44). No que se refere a participação da comunidade, esta, expressa suas percepções, aspirações e decisões referente a saúde, possibilitando, assim, a democratização das ações e serviços. Por fim, a respeito da regionalização e hierarquização, através da regionalização, as ações e serviços da rede de saúde se aproximam da realidade

local dos usuários do SUS, a partir da apreensão dos perfis populacionais, os meios de convivência e sobrevivência das comunidades, dentre outras informações que auxiliam a organização do sistema de saúde, de forma a responder as demandas de modo racional da respectiva região. Ao lado da regionalização, a hierarquização ou organização dos atendimentos, das ações e serviços de modo a utilizar os recursos disponíveis adequadamente.

2. AS CONTRIBUIÇÕES DA ABORDAGEM DE GÊNERO PARA A SAÚDE

2.1 O Debate de Gênero nas Ciências Sociais e Humanas

Tradicionalmente, as teorias biológicas fundamentaram as diferenças entre homens e mulheres a respeito da saúde, estas diferenças, foram naturalizadas por esses conhecimentos. Aquino (2006, p.122) informa que “A noção de dois sexos biológicos surgiu somente no século XVIII, quando os órgãos reprodutivos foram distinguidos em termos lingüísticos e ganharam centralidade absoluta na definição das diferenças entre homens e mulheres. ”.

O conceito de gênero apresenta diversos sentidos, estes se estabelecem de acordo com a área do conhecimento científico ou da orientação teórica que se utiliza do referido termo e apesar de ainda ser utilizado de forma errônea por muitos pesquisadores e profissionais, gênero e sexo são termos distintos que possuem significados diferentes.

Gênero não é sinônimo de ‘mulher’. O conceito engloba os homens e as mulheres, e deve ser usado não apenas como categoria de análise, mas nas suas dimensões histórica, cultural e social para refletir e pensar as relações entre os gêneros na sociedade em um dado momento histórico. (SOUTO, 2008, p.168).

Lessa (2012) ao realizar sua análise sobre a família monogâmica, afirma ser essa, uma forma específica de alienação de homens, mulheres e criança na composição familiar. Assim, a família monogâmica também alicerça para o desenvolvimento dos indivíduos masculinos e femininos como conhecemos na atualidade, a forma de ser das pessoas, ou seja, sua personalidade foi influenciada com o surgimento da família monogâmica.

Em sua crítica, o autor afirma que a família atualmente existente na sociedade, não surge como resultado do amor entre as pessoas, mas como “a propriedade patriarcal de tudo o que é doméstico”. (LESSA, 2012, p. 31). Dentro desse raciocínio, Lessa (2012, p.31), descreve a respeito da função da mulher na sociedade, o comportamento esperado destas:

Ser atraente para o sexo oposto implica para a mulher destinada a esposa limitar seu desenvolvimento as atividades domésticas “locais”, a cozinhar, a bordar, etc. – a suportar com resignação a repressão do desenvolvimento de sua personalidade, o que inclui a sua sexualidade.

Para Lessa (2012), apesar dos homens se estabelecerem como polo dominador das relações entre os sexos, não implica no fato de que os homens também são alvos da alienação do casamento monogâmico, pois toda alienação é uma relação social, mas o processo de alienação dos homens seria mais confortável, segundo o autor.

Diante do referido debate de gênero, ao abordar a questão da ideologia de gênero, Viana (2014), pontua que se faz necessário uma crítica a esse tema, pois este termo possui um caráter polissêmico. A partir do referencial marxista, o autor afirma que ideologia se trata da sistematização da falsa consciência elaborada por ideólogos. O aludido autor esclarece que: “o que denominamos ideologia de gênero é a concepção que coloca o construtor gênero como o termo fundamental da análise da questão da mulher e até mesma da sociedade como um todo.” (VIANA, 2014, n/p).

Uma das obras mais citadas e influentes a respeito do termo gênero, segundo Viana (2014) é o texto de Joan Scott, historiadora que escreveu “Gênero: Uma categoria útil de análise Histórica”, na qual afirma que as feministas norte-americanas utilizaram recentemente o termo gênero para abordar a dimensão social das distinções baseadas no sexo, assim, rejeitam o determinismo biológico que fundamenta os termos “sexo” e “diferença sexual”. Scott compreende o termo gênero a partir de uma visão relacional, na qual homens e mulheres devem ser estudados juntos.

Scott define então gênero da seguinte maneira:

Minha definição de gênero tem duas partes e diversos subconjuntos, que estão interrelacionados, mas devem ser analiticamente diferenciados. O núcleo da definição repousa numa conexão integral entre duas proposições: (1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder. As mudanças na organização das relações sociais correspondem sempre a mudanças nas representações de poder, mas a mudança não é unidirecional (SCOTT, 1995, p. 86 apud VIANA, 2014, n/p).

A concepção de Scott é entendida por Viana (2014) como ideologia de gênero. Essa noção é utilizada por muitos pesquisadores e feministas, esta ideologia faria a recusa do determinismo biológico do essencialismo e compreenderia gênero como uma construção cultural que influencia nas relações de poder. O referido autor afirma que a concepção de Scott é ideológica, ou seja, equivocada. A historiadora incorre no erro ao negar a dimensão biológica que compõe a concepção de gênero como podemos observar na fala de Viana (2014, n/p), que

A recusa do biologismo é importante e necessária, porém, ao extrapolar isto e apresentar uma recusa do “biológico” (diríamos, da corporeidade e de sua importância), embora isto não tenha sido afirmado explicitamente, mas foi praticado no restante do discurso, temos uma produção ideológica. A situação social da mulher na sociedade moderna não é derivada exclusivamente de sua constituição física/orgânica e isto é verdadeiro, mas é falso partir daí para recusar sua existência ou relação com este processo.

É fadado ao equivoco estabelecer uma concepção que não possua relação com o real, com o concreto, ao considerar gênero apenas como uma criação cultural aleatória, Scott se respalda na metafísica para estabelecer sua percepção sobre homem e mulher.

Não se pode pensar o homem (sexo masculino) e a mulher (sexo feminino) como construções culturais arbitrárias. As representações, reais ou ilusórias, segundo Marx, se dão a partir de relações sociais concretas. As representações cotidianas e as ideologias acerca do sexo feminino (e do masculino) não são produtos arbitrários da “cultura” ou do “poder”, estas duas entidades metafísicas que dominam o discurso contemporâneo antropológico ou pós-estruturalista, já que tanto a cultura quanto o poder nesta ideologia aparece como algo a-histórico, indeterminado, a-social. A visão do sexo feminino é constituída histórica e socialmente, mas é preciso discutir em que período histórico e em que contexto social isto ocorre, bem como entender qual é a posição de classe de quem a apresenta. (VIANA, 2014, n/p).

A masculinidade focada na figura do homem provedor, para caracterizar o homem adulto encontra eco na sociedade através de instituições, indivíduos e políticas públicas, desta forma, não possuir trabalho é um entrave ao reconhecimento como um homem adulto, assim, provoca nos homens uma coerção para desempenhar o seu papel de forma “honrada”, “digna”, isto resulta em problemas psicossocial desde depressão a crise de identidade social. De acordo com Nascimento, Segundo e Barker (2009, p.1), “A figura do homem, de maneira

geral, está centrada na figura do homem-provedor que vai no máximo ajudar ou apoiar a mulher no cuidado da casa e dos filhos”.

No imaginário social, a figura do homem-provedor está entrelaçada com a configuração de masculinidade, desta forma, o trabalho ganha uma relevância diferenciada no homem, lhe atribui um status de “homem trabalhador”, que pode sustentar a família, diante disso, o desemprego na vida do homem afeta um dos aspectos da masculinidade.

Tanto os homens quanto as mulheres são influenciados por modelos sociais de gênero. A política pública tem se utilizado de compreensões engessadas, fixas a respeito dos homens, como se esses não mudassem ou não pudessem mudar as suas atitudes/ações.

2.2 Os Determinantes Sociais/Culturais de Gênero e a sua Relação com a Saúde

Segundo Barata (2009, p. 73) a respeito do conceito de gênero na área da saúde informa que

[...]ele é utilizado para marcar características próprias aos comportamentos de grupos de sujeitos sociais e para estabelecer o contraste entre masculino e feminino, mas, principalmente, para enfocar as relações que se estabelecem entre masculino e feminino no âmbito social e que apresentam repercussões para o estado de saúde e para o acesso e utilização dos serviços de saúde.

Conforme Barata (2009) a epidemiologista Nancy Krieger argumenta que o termo gênero surge nas pesquisas de saúde vinculado ao movimento feminista no século XX. O movimento preocupava-se com as causas ou origens das desigualdades em saúde, indagava se essa diferença resultava de atribuições inatas dos sexos masculino e feminino ou fruto de convenções culturais.

Como afirma Krieger, todos nós somos sexo e gênero, isto é, temos um sexo, biologicamente determinado, que influencia algumas das nossas condições de saúde, mas também somos gênero, isto é, produto do processo sociocultural que molda na sociedade os papéis femininos e masculinos e define as pautas de relação entre homens e mulheres. (BARATA, 2009, P.74- 75).

Devido a determinadas construções e imposições de papéis sociais atribuídos a homens e mulheres na relação entre si e a sociedade da qual fazem parte, possibilitou as mulheres a desenvolverem uma percepção do processo saúde doença saúde diferenciada dos

homens. Barata (2009, p.82) esclarece que “O papel universal e histórico conferido às mulheres como responsáveis pelos cuidados dos filhos e de outros membros da família provavelmente determina a maior atenção para as questões de saúde e doença e, portanto, percepção mais aguçada para os próprios problemas. ”

A partir de 1970, o movimento feminista tece críticas a perspectiva das ciências que consideravam como androcêntrica. As pesquisas que foram realizadas pelo movimento das mulheres resultaram em mudanças conceituais, como sinaliza Aquino (2006, p.122) “A transição paradigmática dos estudos sobre saúde da mulher para os de gênero e saúde encontra-se em curso. ”.

Nos Estados Unidos da América, estudos direcionados a saúde de “segmentos” masculinos há mais de 40 anos se realizam diante das contradições em que apesar dos homens possuírem mais “poder”, estes estavam em desvantagem em relação às mulheres quando se deparam aos dados de morbimortalidade. A partir da década de 1990, os estudos na área da saúde começam a perceber os homens não apenas como seres do sexo masculino, mas, compreende-los em suas particularidades, orientadas pela perspectiva relacional de gênero.

A década de 1970 do século passado é considerada um marco para os estudos norte-americanos sobre “homem e saúde”. Entretanto, o pensamento produzido sobre saúde dos homens, nessa época, foi apenas exploratório. A partir dos anos 1990, a discussão é diferenciada e passa a refletir a singularidade do ser saudável e do ser doente entre segmentos masculinos, em que transitam teorias para o enfoque de gênero e interligam conceitos de saúde e sociologia. (VIEIRA et al, 2011, p.215)

No Brasil a respeito da compreensão sobre homens e saúde podemos identificar produções de conhecimento sobre a temática, que retrata:

Homens morrem mais do que mulheres pelas seguintes causas: determinados modelos de masculinidades podem trazer comprometimentos para a saúde; são os principais atores na violência contra mulheres, crianças, outros homens e contra eles mesmos; o desemprego compromete o bem-estar masculino e pode se relacionar a suicídio de jovens. (COUTO; GOMES, 2012, p.2570).

Os serviços de saúde apresentam-se majoritariamente focado no público materno-infantil representado pelas iniciativas para a saúde da mulher e da criança, assim, os serviços de saúde direcionados aos homens jovens ou adultos são irrisórios.

Os homens percebem os espaços de saúde como um espaço privilegiadamente feminino: os profissionais em sua maioria são mulheres, há um número expressivo de mulheres e crianças na sala de espera e os cartazes e materiais são voltados para essa população. Os homens terminam por ocupar o sistema de saúde por meio das salas de emergência. (NASCIMENTO; SEGUNDO; BAKER, 2009, p. 19).

Os indicadores e dados do DATASUS revelam que os homens detentos das prisões, os que usam drogas injetáveis, os que fazem sexo com outros homens, os profissionais do sexo e caminhoneiros são um grupo populacional vulnerável ao HIV.

Ao ampliarmos a fala e percepção de Separavich e Canesquic (2013, p. 419) na qual as mencionadas pesquisadoras se respaldam em autores cuja a compreensão expressa que “relações tradicionais” de gênero têm afastado os homens do âmbito da Atenção Primária da Saúde, tais relações também tem colocado os homens em uma posição desfavorável no que tange às suas necessidades e particularidades na área da assistência, segurança pública, saúde, entre outras, “representações sociais que veem os homens como portadores de menos necessidades em saúde do que as mulheres, expressa exemplarmente na figura do chefe de família provedor, dedicado ao trabalho e que raramente adoece, o que os pode levar a negligenciar sua saúde”.

Podemos acrescentar também, a negligência de sua integridade física, expressa nas tendências de exposição a riscos, confirmado pelos números que expressam as lesões e morte por violência e acidente de carro, por exemplo. “Diversas pesquisas mostram que os estereótipos do que é ser homem e do que é ser mulher afetam a vida social, a saúde e a educação de homens e mulheres de diferentes maneiras”. (NASCIMENTO, 2001, apud NASCIMENTO; SEGUNDO; BARKER, 2009, p.9).

O Estado brasileiro reconheceu que o modo de socialização dos homens influencia o seu estado de saúde, que devido a sua abrangência e disseminação na sociedade certos modelos de masculinidades não salutar resultam em um problema de saúde pública.

A atenção básica ou primária de saúde é compreendida como porta de entrada para o SUS, responsável pela promoção da saúde e prevenção de doenças da população assistida. O público masculino em contradição a lógica da hierarquização dos níveis de atenção do SUS³, acessa os serviços de saúde através majoritariamente da atenção especializada. Desse modo,

³ O SUS apresenta em sua organização, um modelo de hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade. Nesse raciocínio, os Postos de Saúde fazem parte da baixa complexidade, as clínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Hospitais se enquadram na média complexidade, e os Hospitais de Grande Porte estão presentes na alta complexidade.

investir na atenção primária para que essa se efetive como um espaço de promoção de saúde e prevenção de agravos evitáveis na vida do público masculino, por meio, por exemplo, da ampliação de ações e serviços de saúde, é fundamental.

Segundo Campanucci e Lanza (2011, n/p), a Conferência Internacional sobre Cuidado Primário de Saúde, realizado em Alma-Ata, na ex-URSS na década de 1970, frisou a importância de os governos intervirem com urgência para a promoção a saúde da população mundial. A superação do modelo convencional que limita a prática de saúde a cura da doença é um dos objetivos da “Declaração de Alma-Ata “, produzido pela conferência. “Esta declaração afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais” (SANTOS, 2014, p.19).

No Brasil, após um contexto de luta pela redemocratização surge a Constituição Federal de 1988, que garante a saúde como um direito de todos e dever do Estado, pondo início a criação do sistema de saúde público unificado. No processo de implementação SUS, a Atenção Básica (AB) à Saúde, ou Atenção Primária à Saúde (APS) compreende um conjunto de ações individuais ou coletivas, fundamento para um novo modelo assistencial na saúde para o atendimento do usuário-cidadão. (SANTOS, 2014, apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A respeito da compreensão sobre APS na Conferência de Alma-Ata no Cazaquistão, deliberada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), destacamos o seguinte:

A atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e família da comunidade mediante plena participação. (SANTOS, p.8, apud GIOVANELLA; MENDONÇA; 2008, p.576).

Se o SUS (Atenção Primária) apresenta uma perspectiva diferente da visão curativa restrita ao processo saúde-doença, a atenção básica a saúde não poder negligenciar seus princípios e diretrizes ao não notar que o homem só acessa os espaços de saúde predominantemente nos ambientes de média e alta complexidade, o que ratifica o antigo paradigma curativo. Como aponta Campanucci e Lanza (2011, n/p):

Isto evidencia que culturalmente, os homens buscam por serviços de saúde quando um problema já está instalado, perpetuando a visão curativa do

processo saúde-doença ignorando as medidas de prevenção e promoção da saúde disponíveis no âmbito da Atenção Básica.

A Atenção Primária possui um papel importante no que refere a conscientização dos homens para o cuidado consigo mesmo e em oferecer serviços de saúde que fortaleça o enfrentamento dos agravos que atingem exclusivamente ou majoritariamente este público através da promoção e prevenção em saúde.

Barata (2009) assinala que a busca dos serviços de saúde pelos indivíduos é atrelada a necessidade de saúde ou a existência de um problema de saúde que a pessoa possa apresentar. A posição social, o gênero, a faixa etária, entre outros fatores influenciam na compreensão das necessidades de saúde. Villa e Oliveira (2007, p.319 apud SOUTO, 2008, p.165-166) afirmam que a

abordagem de gênero na saúde implica o esforço de desvendar como ideias de feminilidade e masculinidade permeiam práticas sociais, definindo comportamentos, sentimentos e interações humanas, de modo a possibilitar intervenções mais efetivas sobre a sua saúde.

2.3 O Reconhecimento da Vulnerabilidade Masculina: Enfrentamento Através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Historicamente, o debate de gênero articulado a políticas públicas, têm ênfase na questão das desigualdades encontradas na sociedade, que distinguem os homens e as mulheres.

A discussão de uma agenda de gênero na esfera das políticas públicas é fruto de estudos sobre o papel da mulher na sociedade, no âmbito público e privado. É no período de redemocratização do Brasil, final da década de 1970, que as políticas públicas de gênero começam a ganhar forma, com o protagonismo do movimento de mulheres juntamente a outros movimentos sociais que potencializa o debate sobre a desigualdade entre homens e mulheres na sociedade.

Podemos pontuar em contexto brasileiro, iniciativas primárias na década de 1980 de políticas públicas de gênero, como em 1985 com a criação do Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres, a Primeira Delegacia de Polícia da Defesa da Mulher e em 1984 o surgimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Desta forma as políticas públicas que surgem para beneficiar as mulheres, configuram-se como um acerto de contas histórico do tempo em que foram subjugadas.

A implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) representou um novo ciclo na saúde da mulher brasileira, rompendo-se com décadas de visão materno-infantil, onde a mulher era vista apenas na sua condição de mãe, e, na verdade, a grande preocupação do cuidado era com o bebê. (SOUTO, 2008, p. 171).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da pesquisa Tábuas Completas de Mortalidade (2006), as diferenças na taxa de mortalidade entre homens e mulheres cresceram desde a década de 1960 com o desenvolver do processo de urbanização.

O IBGE, juntamente com o Ministério da Saúde realizou um levantamento em 2013, e identificou que a proporção de homens que se envolvem em acidentes de carro é maior que a de mulheres. Em pesquisa realizada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP pela pesquisadora Carla Andrea Gondim Lemos apresentada em tese de doutorado em março de 2015 constatou-se que 92% dos acidentes de trânsito, envolvendo consumo de bebidas alcoólicas são causados por homens, de baixa renda (79,3%), e baixa escolaridade (52,4%). (USP, 2015).

Sabe-se que as causas para as diferenças entre os dados anteriormente apontados entre homens e mulheres podem ser diversas, mas a transversalidade da presença do gênero masculino nesses dados chama a atenção a se constar que o Brasil tem mais mulheres que homens. O País tem 6,353 milhões de mulheres a mais do que homens, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2014, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A pesquisa aponta que a população brasileira é de 203,2 milhões de habitantes, composta por 98,419 milhões de homens (48,4% do total) e 104,772 milhões de mulheres (51,6%).

Os responsáveis pela formulação e implementação das políticas públicas não podem compreenderem os homens de forma genérica. Estes possuem suas particularidades (raça, idade, classe sociais) e demandas específicas. A invisibilidade das vulnerabilidades que estão inseridos grupos populacionais masculina negligência o princípio da equidade nas políticas públicas de saúde que objetiva não a focalização, mas a justiça social.

Segundo Ayres (1998, apud NASCIMENTO; SEGUNDO; BARKER;2009, p. 21):

A vulnerabilidade é a pouca ou nenhuma capacidade do indivíduo ou grupo social decidir sobre sua situação de risco, podendo variar segundo a posição e situação em relação à condição de gênero, raça/etnia, fatores e condições

socioeconômicas, acesso a serviços e insumos de saúde, fatores políticos e até mesmo biológicos.

O SUS, historicamente, centrou seus serviços e ações a população feminina e infantil e mais recente os idosos, por compreender esses grupos populacionais como os mais frágeis e/ou vulneráveis da sociedade. Os homens neste contexto de cuidados com a saúde, mostram-se avessos a frequentarem as unidades básicas de saúde pública, uma das razões para esse comportamento é a crença na invulnerabilidade masculina. Diante desse comportamento, este público finda por adentrar o sistema de saúde quando os casos estão graves, ou seja, os homens são encaminhados diretamente para o atendimento de média e alta complexidade. Obrigado a intervir nas etapas mais avançadas das doenças, o Estado, é onerado a pagar despesas que poderiam ser evitadas, caso a população masculina tivesse a prática do autocuidado e da prevenção.

O médico sanitaria José Gomes Temporão no ano de 2007 estabelece como uma das metas de sua gestão como Ministro da Saúde a implantação de uma política de assistência à saúde voltada para o homem. No ano seguinte, 2008, a Área Técnica de Saúde do Homem é criada no âmbito do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde.

Em 2008 é lançado a primeira versão da política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) por meio do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde, porém, é no ano seguinte, 2009, que a PNAISH é lançada no Brasil em sua versão final do documento (oficialmente divulgada), com as contribuições do SUS, das sociedades científicas e civil organizada, pesquisadores, entre outros.

Ao ser considerado nas políticas de saúde, o enfoque de gênero orienta essas políticas a reconhecerem as diferenças e desigualdades existente entre os gêneros e como elas se manifestam nas suas vivências, principalmente no processo de adoecimento e sofrimento. Incluir essa abordagem na política de saúde significa reconhecer as condições feminina e masculina como estruturantes do cuidado integral a saúde e das ações e práticas desse cuidado, sendo esse um dos caminhos para humanização e integralidade da atenção à saúde para homens e mulheres em todas as fases da vida. (SOUTO; 2008, p. 169).

Contudo, apesar da transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para estados e municípios, desde o seu lançamento a PNAISH apresenta lacunas para a sua efetiva implementação. Moura (2012) salienta que várias cidades brasileiras, apenas

copiaram em seus planos de ação municipal a matriz de planejamento do Plano Nacional sem estabelecer metas, fator este, essencial para implantação de uma política.

3. METODOLOGIA

Para realizar a pesquisa científica, algumas questões norteadoras foram elaboradas: Em que cenário da realidade local a PNAISH será implantada/implementada? Quais as estratégias adotadas pelos gestores responsáveis para a implantação/implementação da Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem (PNAISH) em Sergipe? Quais as parcerias estabelecidas com as instituições e os diversos setores da sociedade para a efetivação da Política? Quais os avanços, limites e perspectivas da política de saúde do homem no estado?

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) consistiu em uma pesquisa exploratória, uma vez que “[...] têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. ”. (GIL, 2010, p. 27).

A pesquisa exploratória possibilitou maior familiaridade com a problemática estudada para torná-la explícita e construir hipóteses. Para alcançar os objetivos propostos realizou-se pesquisa bibliográfica, documental, hemerográfica e entrevistas.

Por se tratar de uma pesquisa exploratória, ou seja, que visa aproximação do objeto estudado, apresentar uma visão geral de determinado fato insuficientemente explorado, o instrumento de coleta de dados para a investigação escolhido foi a entrevista e a pesquisa documental. Como informa Gil (2008, p.27) sobre a pesquisa exploratória “ Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevista não padronizadas e estudo de caso”.

A pesquisa bibliográfica foi realizada através de livros, artigos científicos e Trabalhos de Conclusão de Curso. De acordo com Gil (2010, p. 50), “[...] A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. ”. Ou seja, o fato de haver pesquisas publicadas sobre determinado assunto facilita no desenvolvimento de novos estudos. A pesquisa documental assemelha-se à pesquisa bibliográfica, diferindo apenas na natureza das fontes pesquisadas e do tratamento diversificado entre ambas.

A pesquisa hemerográfica constituiu-se como uma ferramenta de investigação em jornais; a disposição de diversos arquivos online amplia as possibilidades deste tipo de pesquisa, os dados e informações obtidas particularmente em sites de notícias sobre a política de saúde do homem em Sergipe foi relevante para a compreensão do quanto essa política é publicizada. Como afirma o Núcleo Interdisciplinar de Políticas Públicas⁴ (NIPP) a pesquisa hemerográfica contribui

Em fatos que emergem como questões públicas, polêmicas ou não, e sobre as quais ainda não existem dados sistematizados. Estamos nos referindo aos mecanismos de mídia que alimentam a opinião pública. É no âmbito da mídia que questões de interesse público saem de uma condição particular ou local e são alçadas ao debate público. (SEIBEL, s/d, n/p).

O roteiro para a realização da pesquisa hemerográfica se iniciou por meio da definição das palavras-chave (Saúde do Homem, PNAISH, Sergipe) que foram utilizadas em buscas no site do google de matérias/notícias sobre o tema abordado, que resultou na produção de um quadro que contém os sites pesquisados, os títulos das matérias e os anos de publicação. Segue adiante, o quadro elaborado e sistematizado em ordem cronológica de publicação das notícias, desde o ano de 2009, até o corrente ano de 2017.

QUADRO 1 – JORNAIS DIGITAIS CONSULTADOS

Data de publicação	Título	Fonte
04 de dezembro de 2009	Município intensifica ações para saúde do homem	INFONET
29 de dezembro de 2009	Aracaju recebe política nacional de atenção à saúde do Homem	INFONET
29. 12. 2009	Aracaju é cidade piloto na política nacional de atenção integral a saúde do homem	Prefeitura de Aracaju
13 de julho de 2012	Secretaria de Saúde celebra dia do Homem	INFONET
09 de outubro de 2012	Programa “Saúde do Homem de Aracaju” é apresentada a Chilenos	G1 Sergipe

⁴O NIPP caracteriza-se com um núcleo de pesquisa no âmbito das Políticas Públicas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

20 de novembro de 2013	Saúde de Aracaju realiza palestra para Conselheiros Locais	Prefeitura de Aracaju
25 de março de 2014	Especialista em Saúde do Homem participa de debates em Aracaju	Prefeitura de Aracaju
04 de novembro de 2015	Novembro Azul: ações devem priorizar saúde integral do homem em Sergipe	F5NEWS
04 de novembro de 2015	Novembro Azul: Saúde apresenta política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem	Agência Sergipe de Notícias
24 de novembro de 2016	Saúde do homem recebe orientação humanizada em Sergipe	Agência Sergipe de Notícias
28 de abril de 2017	Profissionais de saúde de Poço Verde discutem saúde do homem	Secretaria de Estado da Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor, com base na pesquisa realizada.

A respeito da pesquisa documental, para a obtenção de respostas aos questionamentos e o alcance do objetivo da pesquisa, que é conhecer a trajetória histórica da implantação/implementação da PNAISH em Sergipe, foi realizado o estudo documental dos dados históricos das leis, planos, programas e projetos disponíveis, desde o lançamento da política da saúde do homem em 2009.

Segundo Gil (2008) as fontes documentais a serem exploradas podem ser de primeira mão (documentos oficiais, reportagem de jornal, carta, contratos, filmes, fotografias, gravações, entre outros.) e de segunda mão (relatório de pesquisa, relatório de empresas, tabela estatísticas, entre outros.), as fontes de primeira não receberam tratamento analítico e as de segunda já foram em certa medida analisados.

A pesquisa documental foi realizada através do levantamento na Assembleia Legislativa do Estado de Sergipe (ALESE), na Secretaria de Estado da Saúde (SES), na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de documentos sobre a saúde do homem em Sergipe (leis, portaria, decretos e resoluções, entre outros.). Como também foi realizada uma busca na internet de documentos relevantes para a pesquisa. Após essa coleta de dados documentais, realizou-se a organização, a análise e a interpretação. Desta forma, resultou na elaboração de um quadro sistemático que contém os documentos encontrados. Esta

metodologia auxiliou a compreender os determinantes da trajetória histórica da política da saúde do homem no estado de Sergipe.

QUADRO 2 – DOCUMENTOS CONSULTADOS

Documento	O que aborda?	Ano
Política Nacional de Atenção integral a saúde do Homem (PNAISH)	Lançamento da política de saúde voltada ao público masculino instituído pelo Governo Federal.	2009
Plano de Ação Nacional 2009-2011	Orienta o processo de implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) nos estados e municípios.	2009
Perfil da situação de saúde do homem no Brasil	Descrever numa perspectiva de gênero, dados de mortalidade e morbidade, em geral, e de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em particular, a partir de informações das fontes oficiais.	2012
Boletim Epidemiológico Saúde do Homem em Sergipe	Informa o perfil epidemiológico da população masculina de Sergipe.	2015

Fonte: Elaborado pelo autor, com base na pesquisa realizada.

A entrevista informal foi utilizada no contato com as profissionais responsáveis pelo planejamento, gestão ou operacionalização da política de saúde do homem em Sergipe, as informantes forneceram informações, dados, orientações para o aprofundamento da pesquisa.

A entrevista informal é recomendada nos estudos exploratórios, que visam abordar realidades pouco conhecidas pelo pesquisador, ou então favorecer visão aproximativa do problema pesquisado. Nos estudos deste tipo, com frequência, recorre-se a entrevistas informais com informantes-chaves, que podem ser especialistas no tema em estudo, líderes formais ou informais, personalidades destacadas etc. (GIL,2008, p.111).

A entrevista a nível de gestão estadual foi realizada na Coordenação Estadual de Atenção Básica que faz parte da Diretoria de Atenção Integral a Saúde da Secretária Estadual de Saúde (SES) responsável pela implantação/implementação da PNAISH em Sergipe. As

informações obtidas foram resultado da entrevista com a Coordenadora Estadual da Atenção Básica.

A respeito da entrevista a nível municipal, a sua realização ocorreu por meio eletrônico (envio via e-mail do roteiro de entrevista), devido a situação de férias do trabalho da Referência Técnica (RT) em Saúde do Homem em Aracaju, responsável em acompanhar e fazer a gestão das ações e estratégias para operacionalização da política de saúde do homem.

4. POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM EM SERGIPE: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo o objetivo é analisar e discutir os dados e informação obtidos por meio dos documentos, das entrevistas realizadas, da pesquisa hemerográfica e bibliográfica, articulando-os. “Vale lembrar, que nenhuma fonte é ‘neutra’, nem mesmo as fontes oriundas de ‘arquivos oficiais’.” (SAMPAIO, 2014, p. 154). Desta forma, exige-se do pesquisador uma leitura crítica do material analisado.

Sampaio (2014, p. 162-163) aponta como sugestão a partir de leituras de outros autores que abordam o tema do estudo e análise da pesquisa hemerográfica que:

[...] antes se deve identificar se o periódico é público, privado ou misto. Se for privado, então parte-se do princípio de que esse não está submetido às imposições do governo e de outros grupos. Logo, tem dependendo do contexto político, mais liberdade em suas publicações. Mas, se deve realmente investigar a fundo se o que se diz privado realmente o é. Se for público, deve-se redobrar os cuidados na análise da notícia, pois parte-se da ideia de que os governos são cautelosos nas suas informações, manipulando-as de forma eficaz e com interesses próprios. Quer dizer, governos não sairiam comunicando seus erros, problemas internos, de gestão, corrupção através de seu(s) veículo(s). No máximo, essas informações sairiam/saem o mais "eufemizadas" possível. Caso o órgão seja de propriedade de parceiros públicos e privados (misto), deve-se pesquisar qual possui a maior porcentagem do periódico e se aplicam os demais cuidados.

A respeito das fontes de informações de veículos digitais oficiais, ou seja, que representam a voz do estado ao transmitir conteúdos solicitados pelo governo foram contabilizados o número de seis (6), deste total foram obtidas de sites oficiais do Estado de Sergipe três (3) matérias e de sites oficiais da Prefeitura de Aracaju três (3). No tocante aos veículos de informação de iniciativa privada foram contabilizados três (3).

4.1 Retrato da Saúde do Homem em Sergipe

O Estado de Sergipe não se encontra isolado epidemiologicamente⁵ do identificado a nível nacional através das pesquisas sobre os agravos⁶ que atingem a população masculina. Estes estudos resultaram na construção e lançamento da PNAISH. Essa política para se materializar, necessita da colaboração das três esferas institucionais da gestão do SUS (União, Estados e municípios). É por meio da participação desses entes, como afirmado no Boletim – Epidemiológico –Saúde do Homem, que “As estratégias programadas para serem implementadas, pretendem reduzir os índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nos homens, contribuindo, assim, com o aumento da expectativa de vida na população masculina. ”. (GOVERNO DE SERGIPE, 2015, p.5).

O Boletim Epidemiológico Saúde do Homem em Sergipe, elaborado pela equipe do Núcleo Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde (SES-NEST) de novembro de 2015, apresenta dados do ano 2014 sobre a saúde do homem em Sergipe. Este trabalho analisa os homens do estado na faixa etária de 20 a 59 anos de idade. Como informa o Governo de Sergipe (2015, p.4), a respeito do boletim elaborado “ Esta publicação se propõe a descrever numa perspectiva de gênero, dados demográficos, de mortalidade, de morbidade e atendimento hospitalar, a partir de informações das fontes oficiais. ”, como também “ Pretende-se que esta análise possa subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências e a programação de ações estratégicas referentes à Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem em Sergipe. ”.

De acordo com o Boletim anteriormente citado, este cumpre o que está disposto no princípio da PNAISH que trata da produção de dados que norteia ações e serviços para a saúde do homem, e no que tange em uma das diretrizes, contribui com os sistemas de informação para possibilitar posturas racionais nas decisões para melhorias das ações da Política de Saúde do Homem. Pode-se inferir que com a elaboração desse Boletim, há uma decisão e iniciativa governamental para a implantação/implementação da política de saúde do homem em Sergipe.

⁵ Sobre o conceito de epidemiologia Last (1995, apud PORTAL EDUCAÇÃO, 2013, n/p) esclarece que “Epidemiologia é o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em específicas populações e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde”.

⁶ Segundo Paim (2009, p. 44) “ Agravos dizem respeito a quadros que não representam, de modo obrigatório, uma doença classicamente definida, como em acidentes, envenenamentos, dentre outros. ”

A implantação dessa política, dentre outros aspectos, envolve a mudança de paradigmas para que se promovam, junto a segmentos masculinos, os cuidados com a sua saúde e com a saúde de suas famílias. Isso demanda inúmeras ações que vão desde a organização dos serviços de saúde, passando pela capacitação de profissionais e chegando a ações educativas junto a segmentos masculinos. Essas ações, por sua vez, para que possam ser exitosas, necessitam de mecanismos que lhes deem sustentação. (BRASIL, 2013, p.11-12).

No ano de 2014, segundo o Núcleo Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde (NEST) a população sergipana era composta por mais de 2,2 milhões de habitantes, deste total 48,9% são do sexo masculino, representando desta forma mais de um milhão de homens. Os homens na faixa de 20 a 59 anos são 55,19% do total de homens do estado.

A respeito dos indicadores de mortalidade, o Governo de Sergipe (2015, p. 12) aponta que: “A taxa de mortalidade geral, em ambos os sexos, em Sergipe na faixa etária de 20 a 59 anos de idade foi igual a 3,4 óbitos para cada 100 mil habitantes em 2014, sendo 2,6 vezes maior entre os homens do que entre as mulheres. ”, e “[...] a taxa de mortalidade em homens, nas faixas etárias mais jovens (20 a 29 anos) chega a cinco vezes mais que nas mulheres. ”.

O Boletim esclarece que há diferenças nas causas de óbitos entre homens e mulheres. Em relação as mortes por causas externas, proporcionalmente os homens estão 4 vezes a frente das mulheres na faixa etária entre os 20 a 59 anos de idade, desta forma “ Esses dados mais uma vez reforçam as diferenças entre os sexos: homens se envolvem mais em situações de acidentes e violências, levando a morte prematura (causas externas), de modo que não tem como adoecer e morrer de outras causas, como as mulheres. ” (GOVERNO DE SERGIPE, 2015, p.14).

[...]não há razões estritamente biológicas para que os homens apresentem maior mortalidade geral em todas as idades e, conseqüentemente, menor esperança de vida ao nascer, nem para que os homens jovens apresentem risco de morrer tão acentuado em comparação com o risco das mulheres. As diferenças mencionadas certamente refletem diferenças de gênero, isto é, decorrentes da divisão sexual do trabalho, da construção social e cultural do masculino e do feminino em nossa sociedade, bem como dos distintos modos de vida determinados pela inserção social dos indivíduos, mas modulados pela posição e pelas relações de gênero. (BARATA, 2009, p. 80)

Os dados revelados pelo Boletim Epidemiológico Saúde do Homem em Sergipe, repetem o que se apresenta em contexto nacional, em que, a taxa de mortalidade na faixa

etária de 20 a 59 anos em Sergipe é maior entre homens do que mulheres, como também o fato da população masculina se envolver em situações de acidente e violência mais que as mulheres.

4.2 Intervenção Estatal: Ações e Serviços Voltados ao Público Masculino de Sergipe

De acordo com a atual Coordenadora Estadual da Atenção Básica (AB) em entrevista realizada, há orientação – em termos oficiais – por parte da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Sergipe com relação à implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) de 2009 no estado.

Apesar desta orientação oficial, não há atualmente referência técnica a nível de Estado para a política de saúde do homem segundo a citada coordenadora “[...] não tem referência técnica [...] devido à ausência de recursos humanos pois sempre que surge uma nova política é necessário requisitar novas pessoas para não haver acúmulo de tarefas, para não deixar as equipes sobrecarregadas. ”

O conhecimento do orçamento público para financiamento da política caracteriza-se como um importante instrumento de planejamento. É por meio da obtenção da assistência monetária dos valores, que será possível viabilizar a implementação das ações e serviços. Para gestores da saúde há uma preocupação a respeito das condições reais como apoio material e financeiro para a implementação de novas políticas como a PNAISH. Assim compreendemos que “[...] uma nova política significa novas demandas em um sistema municipal de saúde que, com frequência, não consegue atender às necessidades existentes. [...] Os gestores também reconhecem que as equipes na Atenção Básica já estão, muitas vezes, sobrecarregadas. ” (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012, p. 2613).

Como exemplo da iniciativa e empenho do governo frente a demanda de implantação da política, a Coordenadora da AB relatou que em 2015 houve um momento de sensibilização com os municípios que compõem o Estado, evento organizado pela Secretária de Saúde (SES). O então diretor de Atenção Integral, realizou uma orientação para os gestores municipais e foram distribuídos materiais informativos. “[...] Em 2015 houve um momento de sensibilização com os 75 municípios que compõem o Estado uma vez que efetivação das ações competem a gestão municipal. ” (COORDENADORA ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA).

A Coordenadora Estadual da Atenção Básica informou também, que em 2016, “Houve evento do Tele Saúde que apresentou o guia prático, que aborda o homem e a mulher no pré-natal. Como um dos objetivos do guia, o homem vai com a mulher na unidade de saúde e também é consultado. ”.

A atividade anteriormente citada foi registrada pela Agência Sergipe de Notícias sinalizando o comprometimento da Secretaria de Estado da Saúde (SES) em contribuir com a mudança de paradigmas quanto aos cuidados com a saúde dos homens do Estado. De acordo com Agência Sergipe de Notícias (2016, n/p) a respeito do evento do Tele Saúde informa que

Com o objetivo de incentivar os profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto ao acesso, acolhimento e realização de exames preventivos voltados à população masculina, a Secretaria de Estado da Saúde realizará o momento de Tele-educação, através do Telessaúde. A ação será ofertada aos os 75 municípios sergipanos, na próxima terça-feira, 29. Na ocasião serão apresentados e discutidos o Guia do Pré-natal do Parceiro, direcionado aos profissionais da saúde, dados referente à morbimortalidade por causas externas na população masculina, além da utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

Ressaltamos que a criação de uma política de saúde específica para o público masculino dentro da Atenção Básica, é fruto do entendimento de que a atenção primária contribui para promover ações educativas e preventivas que reduzam o número de morbimortalidade entre os jovens.

Porém, a Coordenadora Estadual da Atenção Básica assinalou que “[...] a efetivação das ações compete a gestão municipal. ” Momentos de sensibilização, discussão e apresentação da política nacional são as ações desenvolvidas pela SES para implantar a PNAISH em Sergipe.

A política de atenção à saúde do homem está inclusa nas atribuições da ESF. O que a nova política ressalta é a necessidade de incluir esse grupo populacional que tem dificuldade de procurar a UBS. O homem não tem o hábito de procurar assistência, razão que levou à especificidade de uma política voltada a eles. (COORDENADORA ESTADUAL DA ATENÇÃO BÁSICA).

Segundo a Agência Sergipe de Notícias (2015), a Secretaria de Estado da Saúde (SES) apresentou em 04 de novembro de 2015 a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem na reunião do Colegiado Interfederativo Estadual (CIE). O então diretor de Atenção

Integral da SES, João Lima Júnior, destacou a situação da saúde do homem sergipano na faixa dos 20 a 59 anos. Lima Júnior pontuou que o câncer está em terceiro lugar em causa de morte no Estado e que as principais razões de mortalidade nessa faixa etária estão relacionadas a causas externas. O então secretário de Estado da Saúde declarou que a secretaria estava construindo meios para o cuidado da saúde integral do homem sergipano. A respeito da fala dos gestores citados “[...]vale ressaltar que quem informa, pode até opinar, se posicionar em relação aos dados da informação, o que ocorre com frequência e regularidade.” (SAMPAIO, 2014, p. 154 - 155). Contudo, como afirmado pela Coordenadora Estadual da Atenção Básica a respeito desse evento: “Não houve lançamento da Política Estadual, houve uma sensibilização.”.

Em 2015, no mês de outubro, João Lima Júnior participou do Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde do Homem. O evento que ocorreu em Brasília foi realizado pela Coordenação Nacional de Saúde do Homem do Ministério da saúde na sede da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com o objetivo de discutir os desafios da implementação da PNAISH.

Segundo a matéria publicada pela F5NEWS (2015), no dia 4 de novembro a Secretaria de Estado da Saúde lançou a Campanha Novembro Azul para abordar pontos como a alimentação saudável, a realização de atividade física, prevenção contra violência e acidente, saúde sexual e paternidade. O tema elaborado para esta campanha foi “Homem esperto é homem que se cuida!”.

Esta campanha segunda a matéria, adota uma abordagem diferente da realizada em outros anos, pois não foca apenas a prevenção e detecção do câncer de próstata, mas trata vários aspectos que envolve a saúde dos homens, por meio de conscientização da população masculina dos 20 aos 59 anos. A matéria ressalta também, o interesse da SES em realizar um seminário estadual de fortalecimento da Política de Saúde do Homem, a ser realizada na UFS no dia 23 de novembro de 2015.

Podemos constar em notícia veiculada no atual ano, de que a perspectiva relacional de gênero tem sido levada em consideração nas ações e serviços para a população masculina. A matéria da Secretaria de Estado da Saúde (2017) informa a realização de uma capacitação para profissionais de saúde, com o objetivo de sensibilizar sobre a saúde do homem. Esta ação foi desenvolvida pelo Programa de Infecções Sexualmente Transmissíveis e Aids da Secretaria de Estado da Saúde (SES), que ocorreu no interior de Sergipe na cidade de Poço Verde.

Durante a capacitação, também foram apresentados os perfis das doenças mais comuns entre os homens e as melhores formas de iniciar o tratamento deste público. Para o médico Almir Santana, inicialmente devem ser realizadas ações de prevenção no município. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2017, n/p).

As autoridades que aplicam as políticas públicas de saúde devem ter a consciência e compreensão de que os determinantes socioculturais de saúde dos homens perpassa todas as esferas da vida do público masculino e que por isso, a resposta social do Estado tem que contemplar e abranger diversos contextos e frentes de ação para a promoção e prevenção de saúde do sexo masculino tais como a política de saúde mental, política de segurança, condições de trabalho etc. Nas mais diversas políticas públicas, contudo, o homem em sua grande maioria são invisibilizados em suas singularidades.

4.2.1 Implementação da PNAISH nos Municípios Brasileiros: Aracaju Escolhido como Projeto-Piloto

Conforme disposto na parte introdutória do Plano de Ação Nacional 2009-2011, a sua publicação configura-se como etapa inicial de implantação da PNAISH. Diante deste fato como afirma o documento citado:

O Plano de Ação Nacional (2009-2011) possibilita, junto com as Portarias nº 1.945 e nº 1.946 de 27 de agosto de 2009, a implantação da Política nas vinte e sete Unidades Federadas e num primeiro conjunto de vinte e seis municípios. Para isso, foram criadas as condições políticas e financeiras necessárias para que os serviços do Sistema Único de Saúde possam equacionar e dar soluções ao elenco de doenças e agravos mais prevalentes na população do sexo masculino de acordo com as características regionais e locais. (BRASIL, 2009b, p.5).

O Ministério da Saúde (MS) selecionou 26 municípios, um por estado, para por meio do Plano de Ação Nacional (2009-2011) orientar a elaboração de projetos-pilotos. Estes projetos deveriam ser construídos mediante a parceria Estado/Município.

Este é um documento de importância fundamental para os gestores do Sistema Único de Saúde em todo o país, pois identifica as estratégias, as ações e as metas correspondentes que permitirão, em cada território, enfatizar a cobertura a um grupo populacional – composto pelos homens de 20 a 59 anos de idade, um contingente de 52 milhões de brasileiros. (BRASIL, 2009b, p.5).

Segundo a Matriz de Planejamento do Plano de Ação Nacional são nove os eixos de ação: Eixo I: Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Eixo II: Promoção de saúde; Eixo III: Informação e comunicação; Eixo IV: Participação, relações institucionais e controle social; Eixo V: Implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem; Eixo VI: Qualificação de profissionais da saúde; Eixo VII: Insumos, equipamentos e recursos humanos; Eixo VIII: Sistemas de informação; Eixo IX: Avaliação do Projeto-piloto.

De acordo com esta Matriz, dois dos objetivos específicos do Eixo I: Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, consistem em apoiar financeiramente as UFs e apoiar os 27 municípios na elaboração do Plano de Ação e da Programação Anual da Política, assim como a meta de transferir parcela única de R\$ 75 mil para cada Secretaria Estadual de Saúde e parcela única de R\$ 75 mil para Secretarias Municipais, “com o objetivo de incentivar a elaboração e a implementação de estratégias e ações de saúde focadas na população masculina, inseridas nos seus respectivos Planos de Saúde, até o terceiro trimestre de 2010. ” (BRASIL, 2009b, p.11).

Contudo, os critérios para os repasses financeiros são: Adesão ao Pacto pela Saúde; Cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF) de no mínimo 50%; Disponibilidade de serviços de média e alta complexidade com atendimentos e procedimentos voltados para a população masculina; cumprir ações estratégicas dos eixos temáticos determinados no Plano de Ação Nacional (2009-2011) a serem posteriormente definidos. Municípios acima de 100 mil/habitantes segundo estimativa de dados IBGE/2008. Capacidade por parte do MS de apoiar e acompanhar os Estados e os Municípios selecionados.

No artigo intitulado “Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia da Saúde da Família”, fruto do projeto “Fortalecimento e disseminação da Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem, encontramos “[...] as percepções dos gestores acerca das necessidades de saúde dos homens e as demandas por saúde relatadas pelos homens das áreas das EqSF avaliadas[...]”. (MOURA et al.,2014, p.431).

O citado artigo teve como objetivo “descrever as especificidades da atenção à saúde dos homens no âmbito da ESF, conforme a visão do gestor, a demanda dos homens adstritos às unidades avaliadas e as práticas desenvolvidas pelas equipes da ESF(EqSF).” (MOURA et al.,2014, p.430). Para a avaliação da atenção à saúde do homem foram selecionados alguns

municípios de cada região geográfica brasileira, dos quais a cidade Aracaju/SE. A pesquisa identificou que

[...] as EqSF têm como estratégia abordar o processo saúde/doença no contexto familiar e ambiental, no entanto, no que se refere a saúde do homem, ainda há lacunas, desde a adequação da estrutura para atendimento na atenção básica à motivação e desenvolvimento de ações de promoção contra os agravos mais frequentes nesta população, o que, por vezes, têm dificultado o acesso à saúde, por parte da população masculina, distanciando o alcance do objetivo da Política. (MOURA et al.,2014, p.429)

Outro estudo realizado em âmbito nacional que expressa os processos de implementação da PNASH no país é a pesquisa denominada “Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica”, o Ministério da Saúde realizou uma avaliação das ações realizadas pelos municípios pactuantes da PNAISH com o objetivo de fortalecer a referida política.

Verificamos por meio deste estudo que a cidade de Aracaju foi uma das selecionadas como amostra da pesquisa, por ter recebido recursos para a implantação da política de saúde do homem a nível municipal em 2009 e 2010, dentre outros critérios que foram utilizados para a seleção. Através deste estudo, podemos deduzir que a cidade de Aracaju atendia aos critérios elencados no Plano de Ação Nacional (2009-2011) do MS que a tornou apta para ser projeto piloto. Assim, constatamos que com a elaboração do Plano de Ação Nacional e com o incentivo financeiro do Governo Federal, este possibilitou aos estados e municípios brasileiros, em especial Aracaju/Sergipe implementação a PNAISH nos respectivos territórios. “ Os Estados, o Distrito Federal e 26 Municípios elaboraram PA próprios para receber recursos financeiros da União. ” (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012, p. 2610).

Dentre as conclusões da pesquisa, após a avaliação dos municípios selecionados, o estudo revelou que “ o compromisso dos municípios com o fortalecimento da PNAISH ainda é bastante tímido, embora haja interesse dos homens em ampliar sua participação nas atividades desenvolvidas pela UBS, desde que dirigidas às suas reais necessidades. ” (BRASIL, 2013, p.67).

Corroborar com as informações obtidas por meio da pesquisa “Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica”, INFONET (2009a; 2009b) e Prefeitura de Aracaju (2009) vem ratificar por meio de matérias publicadas no ano de 2009, ano de lançamento da PNAISH, que a capital sergipana (Aracaju), está entre os 27 municípios piloto na implantação da

Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. Segundo este veículo de comunicação, em 14 de dezembro do referido ano foi aprovado um pré-projeto contendo as ações e estratégias para a saúde masculina.

Fato importante para o processo de implantação da política de saúde do homem em Aracaju, como nos informa a notícia, “O pré-projeto com as ações e estratégias focadas na saúde masculina já foi aprovado no último dia 14 de dezembro, neste município. ” (INFONET, 2009b, n/p). Como também, foi instaurado o Programa Municipal Saúde do Homem em Aracaju, este fato representa um avanço na etapa de implementação da política de saúde do homem no município aracajuano. “A designação de uma equipe ou de um responsável por uma área nova, a da Saúde do Homem, é apontada como um requisito fundamental para a implementação da PNAISH. ” (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012, p. 2611).

A iniciativa governamental em criar um programa voltado a especificidade da saúde do homem em Aracaju demonstra um avanço no processo de implementação da PNAISH na capital sergipana fruto das correlações da sociedade civil e Estado. A partir de uma leitura marxista compreendemos que as políticas sociais estão inseridas nas contradições do processo social em que a próprias políticas podem ser funcionais tanto ao capital, quanto ao trabalhador.

Analisar uma política pública exige que se compreenda o contexto de sua formulação, implementação e avaliação e se considere todo o processo político subjacente a cada momento, os atores envolvidos, a relação Estado e Sociedade, a estrutura na qual a política formulada será executada, seus limites e contradições. A implantação de uma política exige, sobretudo, decisão e iniciativa governamental, e expressará o resultado da correlação de forças entre o Estado e a Sociedade. (SOUTO, 2008, p. 179-180).

Em entrevista, José Antônio Barreto Alves, o então coordenador do recém-criado Programa Municipal Saúde do Homem, verbalizou o compromisso em articular com diversos setores da sociedade, como visualizamos em sua fala a seguir:

Nos próximos três meses vamos pactuar com as sociedades médicas, científicas e civis organizadas e ainda as Forças Armadas, representações empresariais e de trabalhadores e universidades para articular programas e projetos de saúde voltados a população masculina. Com isso queremos buscar o fortalecimento das ações de promoção e prevenção de doenças que afetam esse público[...] (ALVES apud PREFEITURA DE ARACAJU, 2009, n/p).

Podemos identificar através da leitura dos jornais digitais que desde a criação do programa da saúde do homem em Aracaju, a Secretaria Municipal de Saúde realizou diversas atividades voltadas ao público masculino, expresso por meio de realização e participação em eventos para sensibilização dos profissionais de saúde, socialização de informações sobre o modo de obter qualidade de vida direcionados ao público masculino usuários do SUS, como também participação em “Encontro de Cooperação Técnica” para compartilhar as experiências positivas do programa para outro país, entre outros.

A implementação da PNAISH, portanto, envolve decisões tomadas por uma cadeia de agentes em um determinado contexto: desde decisões dos formuladores até as dos encarregados da implementação – sendo que estes últimos incluem, além do gestor municipal de saúde, a equipe técnica local designada para atuar na saúde do homem e os profissionais que atuam nos serviços. (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012, p. 2608).

No âmbito do debate a respeito do tema da avaliação de uma política, alguns autores compreendem que a implementação abrange o processo da formulação da política até os resultados alcançados, contudo, outros estudiosos fazem a distinção de etapas, pois, a implementação não pode ser compreendida como o produto ou resultado da política, o processo de implementação está relacionado a decisões e ações do gestor legislativo central.

Pressman e Wildavsky (1984) delimitam o início do processo de implementação no momento da transformação da política em programa, isto é, quando, por ação de uma autoridade, são criadas as ‘condições iniciais’ à implementação. Porém esses autores discutem as dificuldades de distinguir a implementação da própria política e do programa. (PEREZ, 2006, p. 66).

Segundo Perez (2006) uma das grandes contribuições dos pesquisadores Pressman e Wildavsky foi esclarecer que para além da decisão do nível central (governo federal) para a materialização do programa torna-se importante trabalhar com a problemática a nível local.(por meio dos governos estaduais e municipais) Inicialmente, o entendimento era de que a implementação se resumia ao “cumpra-se” da política, não levando em consideração os determinantes socioculturais de cada região do país, como se apenas a decisão da autoridade operacionaliza automaticamente a política.

Em Aracaju decisões concretizadas a nível de gestão municipal como a iniciativa de criação do programa saúde do homem espelham o processo de implementação da PNAISH na cidade. No mesmo ano de 2009, INFONET (2009a, n/p) expõe que “Em Aracaju, o quadro

também começa a mudar com a intensificação dos trabalhos de promoção à saúde do homem, devido aos trabalhos realizados pela Prefeitura Municipal de Aracaju (PMA), através da Secretaria Municipal de Saúde. ”.

De acordo com G1Sergipe (2012), em outubro de 2012 técnicos da Secretaria de Saúde de Aracaju apresentaram para os Ministérios da Saúde do Brasil e do Chile, o Programa Saúde do Homem em Aracaju.

Durante o Encontro de Cooperação Técnica entre Brasil e Chile, as ações do Programa Saúde do Adulto, Idoso e Homem da prefeitura de Aracaju foram exibidas. Este encontro buscou “socializar experiências produtivas na área da Saúde do Homem para implementação de melhorias nos sistemas públicos de saúde”. (G1SERGIPE, 2012, n/p).

Ainda segundo a matéria do citado portal de informação “ No cenário nacional o programa mantido pela Prefeitura de Aracaju figura entre as cinco experiências exitosas no Brasil no eixo da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem, dividindo o ranking com o estado e o município do Rio de Janeiro, Curitiba e Manaus. ”. (G1SERGIPE, 2012, n/p).

No mesmo ano de 2012, para fomentar as informações das iniciativas do Estado em prol da saúde do homem, segundo a matéria veiculada, na semana que se comemora o Dia Nacional do Homem pela INFONET (2012), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) realizou ações de prevenção e promoção a saúde do homem através do Programa Saúde do Adulto, Idoso e Homem, sensibilizou os usuários sobre doenças como o câncer de próstata e a ter qualidade de vida.

Sobre as ações da SMS em alusão ao dia do Homem em Aracaju, a INFONET (2012, n/p) diz que:

O marco comemorativo do Dia do Homem em Aracaju aconteceu hoje, 13, na sede da SMS, localizada no bairro Siqueira Campos. Os trabalhadores foram homenageados com intervenções do Programa Saúde do Adulto, Idoso e Homem da SMS. O programa contou com a parceria dos projetos itinerantes Sons no SUS e EspaSUS. Das ações relâmpagos, os trabalhadores tiveram acesso a músicas, panfletos informativos e terapias complementares como massoterapia, acupuntura auricular e Reiki.

Conscientes dos dados a respeito da saúde do homem no Brasil e especificamente o município de Aracaju, a SMS tem se mobilizado como mostra a matéria,

Para atuar entre o público masculino, desde o ano de 2009, a Prefeitura de Aracaju busca alinhar as ações da SMS com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), por meio do Programa Saúde do

adulto, Idoso e Homem. Dentre ações desenvolvidas, o programa desenvolve rodas de conversas entre os profissionais de Saúde e a comunidade, dentro das unidades. (INFONET, 2012, n/p).

A notícia disponibiliza a informação de que Aracaju tem 561.149 habitantes, e deste contingente aproximadamente 265.484 habitantes são do sexo masculino, esse número representa 46.48% da população da cidade. E a faixa de homens entre 20 a 59 anos foco da política de saúde do homem é de 156.435, representando 60% da população total masculina.

A matéria também explicita ações desenvolvidas por unidades de saúde referente ao Dia Nacional do Homem.

Nesta sexta-feira, 13, o Dia Nacional do Homem também foi lembrado em várias unidades de Saúde. Nessa jornada, se destacaram as unidades USF Antonio Alves, no bairro Atalaia; USF José Machado de Souza, no bairro Santos Dumont; USF José Quintiliano, no bairro Getimana; USF Dona Sinhazinha, localizada no bairro Grageru. (INFONET, 2012, n/p).

Diante das ações/serviços mencionados pelas fontes hemerográficas, que foram realizadas por intermédio da intervenção pública municipal desde a implantação em nível nacional e o processo de implementação em Aracaju, consideramos que há um compromisso assumido “ao menos” de sensibilização a nível governamental em dar uma resposta a demanda masculina no município.

Segundo informações publicada pela Prefeitura de Aracaju (2013), em novembro ano de 2013, a coordenadoria do Programa Saúde do Adulto, Idoso e Homem (PNAISH) no ensejo da comemoração ao Dia Internacional do Homem e ao Novembro Azul, realizou uma palestra tendo como público-alvo os Conselheiros Locais. Como informou a Prefeitura de Aracaju (2013, n/p) “O objetivo foi despertar os mesmos para uma aproximação com os pacientes do sexo masculino, desmitificando os preconceitos que ainda existem quando o assunto é tratamento médico e cuidados prévios com a saúde.”.

Entendemos que a realização de palestra direcionada aos conselheiros locais, contribui para a implementação da PNAISH, uma vez que, os conselhos possibilitam a proximidade da comunidade aos serviços de saúde. A cooperação entre o iniciativa pública, privada e sociedade civil fortalece a execução e efetivação da política.

Uma iniciativa relevante exposta pela matéria, é o fato de Aracaju ser a primeira cidade do Brasil a implantar o Projeto Grupo Condutor da Saúde do Homem. A respeito do projeto segundo a Prefeitura de Aracaju (2013, n/p) “A intenção é educar através da

informação direta, mostrando causas e consequências da falta de cuidados, acabando com a ideia de que o homem é um ser imune às doenças. ”.

No ano seguinte, em 25 de março de 2014, a Prefeitura de Aracaju noticia o debate sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem realizado em Aracaju pelo Programa Saúde do Homem da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Este evento contou com a participação do coordenador da área técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde, Eduardo Chakora.

O encontro, realizado no Auditório da Faculdade de Sergipe, marcou as comemorações de um ano da criação e implantação do Grupo Condutor da Saúde do Homem no Município - ação que torna a capital como uma das cidades pioneiras do Brasil ao estímulo constante de debates e ações relacionadas ao tema. (PREFEITURA DE ARACAJU, 2014, n/p).

Como já mencionado neste trabalho, as doenças e agravos que atingem o sexo masculino, apresenta-se como uma questão de saúde pública. E para favorecer o aumento da expectativa de vida dos homens surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, porém, para se consolidar tanto no Brasil quando no Estado de Sergipe precisa transpor barreiras políticas, econômicas e socioculturais. Todavia, podemos considerar que há um avanço no processo de implementação da referida política na cidade de Aracaju, expresso nas diversas atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), como confirmado pela atual Referência Técnica (RT) de Saúde do Homem da Atenção Básica do Município de Aracaju, ao ser questionada se a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem implementado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) de 2009 “ Sim. Através das atividades realizadas em Unidades de Saúde, no território em parceria com a população, empresas privadas e públicas, NASF, Consultório na Rua, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e Idoso, entre outros. ”.

A implementação da PNAISH em Aracaju está sujeita as decisões tomadas pelos agentes encarregados da implementação desde o gestor municipal até os profissionais de saúde que atuam diretamente com a população na prestação de serviços como os agentes comunitários, enfermeiros e médicos. Assim como explanado pela RT de Saúde do Homem sobre quais são as ações desenvolvidas pela SMS para implementar a PNAISH em Aracaju e os responsáveis para efetivá-las:

Salas de espera com assuntos inerentes à figura e saúde do homem, rodas de conversa, trabalhos com grupos de homens de algumas localidades,

parcerias com EMSURB, GBARBOSA, empresas de construção civil, progresso, pré-natal do parceiro nas USFs, grupos de homens em situação de rua, entre outras atividades que venham a surgir ao longo do trabalho e da necessidade, bem como olhar específico dentro do Núcleo de Prevenção à acidentes e violência do município. Os responsáveis por executar as atividades são todos os profissionais da rede com o incentivo da coordenação e parcerias.

Em termos de legislações locais, em Aracaju tal qual o estado de Sergipe não há uma lei, decreto, portaria, resolução, entre outros, para implementar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem em Aracaju, “Até o presente momento o Município de Aracaju se norteia pela PNAISH estando como planejamento de criar protocolo norteador de cuidado a ser implementado na rede.” (RTSAÚDEDOHOMEM).

Ainda temos como desafio implantar protocolo de cuidado municipal e continuar trabalhando para se desmistifique a figura do homem como “macho”, que não precisa de cuidados e que não cuida, para aí sim avançarmos na perspectiva do cuidado integral à saúde do Homem. (RTSAÚDEDOHOMEM).

Diante do exposto, com base nas informações coletadas em material bibliográfico, entrevistas realizadas, e na análise das informações da mídia digital, consideramos que, apesar de reconhecido o papel da Secretaria da Saúde de Aracaju (especialmente) no tocante ao desenvolvimento de ações para a saúde do público masculino, desta forma, dando mais visibilidade aos homens, ainda há um longo caminho para a consolidação da PNAISH em Sergipe, pois, a política precisa ser operacionalizada não de forma pontual ,mas contínua para responder de forma adequada as necessidades dos usuários.

Para isso, faz-se necessário investimento na estrutura da rede pública, qualificação para receber o público masculino e ampliação dos serviços de saúde. “Entre a instituição de uma política de saúde e a realização dos princípios dessa política no cotidiano das ações de saúde é possível haver lacunas, distanciamentos e até mesmo contradições. ”. (BRASIL, 2013, p.9).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que diz respeito ao debate sobre os caminhos para implementação da política de saúde do homem em Sergipe, vale a pena ressaltar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) é uma política recente, possui menos de uma década, diferente do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que foi lançado antes mesmo da promulgação da Constituição Federal de 1988. As políticas de saúde, especificamente, a PNAISH enfrenta desafios para sua efetivação municipal como os fatores institucionais, socioculturais, entre outros. Da sua formulação em âmbito federal até sua implementação na Atenção Primária à Saúde (APS) - nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) – há um longo percurso. Apesar da elaboração no âmbito federal da PNAISH, a cooperação entre as três esferas do governo é indispensável para desenvolver ações que visem o alcance do objetivo da política.

A postura dos profissionais de saúde frente aos desafios da aplicabilidade da política é relevante para o êxito de sua execução. É fundamental para aqueles que auxiliam na implementação da PNAISH, sejam sensibilizados quanto a importação da política e seus objetivos para não estarem indiferentes aos seus princípios e diretrizes, como também, recebam a capacitação necessária.

O próprio público-alvo da política de saúde do homem precisa reconhecer a sua realidade, compreender os determinantes sociais e culturais da saúde que provocam ou geram doenças e agravos no segmento masculino da sociedade brasileira. A mudança no comportamento dos homens não é responsabilidade apenas dos gestores e profissionais da saúde, mas deles próprios.

No intuito de promover ações nos serviços de atenção básica - Unidades Básicas de Saúde (UBS) - para que realmente ocorra a efetivação da PNAISH, esta deve ser organizada e estruturada nas unidades de saúde não como algo aleatório, pontual ou transitório, mas que realmente faça parte da vida dos usuários e profissionais de saúde.

Por fim, torna-se necessário reforçar o estímulo por parte da gestão para concretizar a PNAISH no estado de Sergipe e em todos os seus municípios, através de sensibilizações e principalmente capacitações dos profissionais de saúde que estão na ponta do serviço como nas equipes da saúde da família da AB ou atenção primária nas UBS, como também promover a saúde do homem publicizando o tema não apenas em datas específicas ou restritas como dia nacional e internacional do homem, dia dos pais ou Novembro Azul, por

exemplo, mas que possa de fato ser implementada, e gere mudança nas instituições responsáveis pela operacionalização da política e principalmente no público-alvo da política de saúde do homem.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA SERGIPE DE NOTÍCIAS. **Saúde do homem recebe orientação humanizada em Sergipe**. Sergipe, 24 nov. 2016. Disponível em: < <http://www.passeiociclistico.se.gov.br/noticias/saude/saude-do-homem-recebe-orientacao-humanizada-em-sergipe> >. Acesso em: 03 de setembro de 2017.

AQUINO; E.M.L. **Gênero e saúde**: perfil e tendências da produção científica no Brasil. Rev. Saúde Pública 2006; 40 (N Esp.): 121- 32. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30631.pdf> >. Acesso em 26 de julho de 2017.

BARATA, R.B. **Relações de gênero e saúde**: desigualdade ou discriminação?. In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 73-94. ISBN 978-85-7541-391-3. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-06.pdf> >. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

BARKER, G. **Trabalho não é tudo, mas é quase tudo**: Homem, Desemprego e Justiça Social em Políticas Públicas. In: MEDRADO, B; LYRA, J; AZEVEDO, M; BRASILINO, J. Homens, masculinidades e políticas públicas. Recife: Instituto PAPAI, 2010.

BERTOLOZZI, M; GRECO, R. M. **As políticas de saúde no Brasil**: reconstrução histórica perspectivas atuais. Rev. Esc. Enf. USP, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996. Disponível em:< <file:///E:/LEP/as%20politicass%20de%20saude%20no%20brasil%20reconstrucao%20historica.pdf> >. Acesso em 05 de maio de 2017.

BOSCHETTI, I. **Avaliação de políticas, programas e projetos sociais**. Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais. Disponível em: < <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/V6W3K9PDvT66jNs6Ne91.pdf> >. Acesso em: 29 agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)**: compromisso versus ação na atenção básica. Brasília, MS; 2013. Disponível em: < <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Fortalecimento-da-PNAISH.pdf> >. Acesso em 19 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: Princípios e Diretrizes. Brasília, MS; 2009a. Disponível em:< http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf >. Acesso em: 03 setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, MS; 2009b. Disponível em: < http://www.unfpa.org.br/Arquivos/plano_nacional.pdf >. Acesso em: 03 setembro de 2017.

BRAVO, M.I. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Disponível em: < http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf >. Acesso em: 28 de abril de 2017.

CAMPANUCCI, F. S.; LANZA, L. M. B. A atenção primária e a saúde do homem. In: Simpósio Gênero e Políticas Públicas, 2; 2011, Londrina. **Anais...** Londrina: Universidade Federal de Londrina, 2011, 13 p.

CARRARA, S; RUSSO, J. A; FARO, L. **A Política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino**. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 19, n.3. p. 659-678, 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300006 >. Acesso em: 07 de agosto de 2017.

COUTO, M.T; GOMES, R. **Homens, saúde e políticas públicas**: a equidade de gênero em questão. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.10, p. 2569-2578, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n10/02.pdf> >. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

F5NEWS. **Novembro Azul**: ações devem priorizar saúde integral do homem em Sergipe. Sergipe, 04 de nov. 2015. Disponível em: <http://www.f5news.com.br/noticia/25035/novembro-azul-acoes-devem-priorizar-saude-integral-do-homem-em-sergipe.html> >. Acesso em: 13 de julho de 2017.

FALLEIROS, I; LIMA, J.C.F. Saúde como direito de todos e dever do Estado. In: PONTE, C.F, org. **Na corda bamba de sobrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

FRACOLLI, L.A; ZOBOLI, E.L.P; GRANJA, G.F; ERMEL, R. C. **Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica**: a percepção das enfermeiras. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011;45(5):1135-1141. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a15.pdf >. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

G1. **Cresce a mortalidade de homens jovens no país, segundo IBGE**. 03 de dez. 2007. Disponível em: < <http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,MUL2021015598,00CRESCER+MORTALIDADE+DE+HOMENS+JOVENS+NO+PAIS+SEGUNDO+IBGE.html> >. Acesso em: 09 de outubro de 2016.

G1SERGIPE. **Programa “Saúde do Homem de Aracaju” é apresentada a Chilenos**. Sergipe, 09 de out. 2012. Disponível em: < <http://g1.globo.com/se/sergipe/noticia/2012/10/programa-saude-do-homem-de-aracaju-e-apresentado-chilenos.html> >. Acesso em: 13 de julho de 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOVERNO DE SERGIPE. Secretária de Estado da Saúde. Diretoria de Planejamento. Ano I Nº 01 Novembro de 2105. **Boletim Epidemiológico Saúde do Homem em Sergipe**. Disponível em: < http://nest.se.gov.br/saude/images/Boletim_Epidemiologico.Saude_do_Homem.n%C2%BA_I.ano.I01.2015.pdf >. Acesso em: 03 de setembro de 2017.

INFONET. **Aracaju recebe política nacional de atenção à saúde do Homem**. Aracaju, 29 dez. 2009b. Disponível em: <http://www.infonet.com.br/noticias/saude//ler.asp?id=93356> >. Acesso em: 13 de julho de 2017.

INFONET. **Município intensifica ações para saúde do homem**. Aracaju, 04 dez. 2009a. Disponível em: < <http://www.infonet.com.br/noticias/cidade/ler.asp?id=92624> >. Acesso em: 11 de agosto de 2017.

INFONET. **Secretaria de Saúde celebra dia do Homem**. Aracaju, julh.2012. Disponível em: < <http://www.infonet.com.br/noticias/saude//ler.asp?id=131159> >. Acesso em: 13 de julho de 2017.

JESUS, D.C; SILVA, R.P. **Dificuldades encontradas para implementação da política nacional de atenção integral à saúde dos homens nas unidades básicas de saúde**. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste, v. 7, n. 2 - nov. /dez. 2014.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas S.A, 2011.

LEAL, F.A; FIGUEIREDO, W.S; SILVA, G.S.N. **O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 17(10): 2607-2616, 2012.

LESSA, Sérgio. **Abaixo à família monogâmica**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

MACHADO, R.R. **Políticas de saúde no Brasil: um pouco da história**. Rev. Saúde Pública. Santa Cat; Florianópolis, v. 5, n.3, p. 95-104, dez. 2012.

MATTA, G. C. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: PONTE, C.F, org. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro, 2010.

MOURA, E. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira, 2012. Disponível em:< <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Perfil-da-Situa---o-de-Sa-de-do-Homem-no-Brasil.pdf> >. Acesso em: 04 de setembro de 2017.

MOURA, E.C et al. **Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva 2014; 19(2): 429-438, 2014.

NASCIMENTO, M; SEGUNDO, M; BARKER, G. **Homens, masculinidades e políticas públicas: aportes para equidade de gênero**. Rio de Janeiro: Promundo, UNFPA: 2009.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira: Avanços Limites e Perspectiva**. In: MATTA, G.C. (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, EPSJV, 2008. Disponível em: < <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/Publicacao/pub5.pdf> > Acesso em: 04 de maio de 2017.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Epidemiologia**. Campo Grande. 13 de mar. 2013. Disponível em: < <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/educacao/epidemiologia/38659> >. Acesso em: 13 de setembro de 2017.

PREFEITURA DE ARACAJU. **Aracaju é cidade piloto na política nacional de atenção à saúde do homem**. Aracaju, 29 dez. 2009. Disponível em: < <http://www.aracaju.se.gov.br/governo/index.php?act=leitura&codigo=40152> >. Acesso em: 11 de agosto de 2017.

PREFEITURA DE ARACAJU. **Especialista em Saúde do Homem participa de debates em Aracaju**. Aracaju, 25 de mar. 2014. Disponível em: < <http://www.aracaju.se.gov.br/index.php?act=imprimir&codigo=58492> >. Acesso em: 13 de agosto de 2017.

QUECONCEITO. **Conceito de morbimortalidade**. São Paulo. Disponível em: < <http://queconceito.com.br/morbimortalidade> >. Acesso em: 20 de setembro de 2017.

SAMPAIO, W.N. **Reflexões sobre fontes hemerográficas na produção do saber histórico: sugestões para o trabalho historiográfico**. Bilros, Fortaleza, v. 2, n. 2, p. 149-165, jan.-jun. 2014. Disponível em: < <http://seer.uece.br/?journal=bilros&page=article&op=view&path%5B%5D=960&path%5B%5D=903> >. Acesso em: 26 de agosto de 2017.

SANTOS, P. H. B. dos. **Homem Invisível: A análise da Saúde do Homem a partir do estudo de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Florianópolis**. Monografia (Graduação em Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Profissionais de saúde de Poço Verde discutem saúde do homem**. Sergipe, 28 abr. 2017. Disponível em: < <http://saude.se.gov.br/index.php/2017/04/28/profissionais-de-saude-de-poco-verde-discutem-saude-do-homem/> >. Acesso em 13 de agosto de 2017.

SEIBEL, E. J. **Pesquisa Hemerográfica**. Núcleo Interdisciplinar de Políticas Públicas. UFSC. Disponível em: < <http://nipp.ufsc.br/pesquisas/tecnicas-de-pesquisa-nipp/pesquisa-hemerografica/> >. Acesso em 03 de setembro de 2017.

SEPARAVICH, M. A; CANESQUI, A. M. **Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:** uma revisão bibliográfica. *Saúde soc.* [online]. 2013, vol. 22, n.2, p. 415-428.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde.** Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: < http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf >. Acesso em: 20 de agosto de 2017.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Homens alcoolizados causam mais acidentes no trânsito.** São Paulo, 22 de abr. 2015. Disponível em:< <http://www5.usp.br/90839/homens-alcoolizados-causam-mais-acidentes-no-transito/> >. Acesso em: 20 de março de 2017.

VIANA, N. **Gênero e Ideologia.** Informe e Crítica. 25 nov. 2014. Disponível em: < <http://informecritica.blogspot.com.br/2014/11/genero-e-ideologia.html?m=1> >. Acesso em 03 de setembro de 2017.

VIEIRA, L.C.S; FIGUEIREDO, M.L.F; SALES, R.L.U.B; LOPES, W.M.P.S; AVELINO, F.U.D. **A política nacional de saúde do homem:** uma reflexão sobre a questão de gênero. *Enfermagem em Foco* 2011; 2(4) 215-217. Disponível em: < <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/186/122> >. Acesso em: 17 de setembro de 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Título da Pesquisa: SAÚDE DO HOMEM: CAMINHOS PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM EM SERGIPE

Eu, _____ abaixo assinado, forneço meu consentimento livre e esclarecido para participar como entrevistado(a) voluntário(a) da pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso, sob a responsabilidade de Everton Lima do Nascimento, acadêmico da Universidade Federal de Sergipe, e da Professora Dr. Noêmia Lima, orientadora da pesquisa.

Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de que:

- 1) O objetivo principal da pesquisa é conhecer e analisar com a trajetória histórica da Implantação/Implementação da Política de Saúde do Homem em Sergipe.
- 2) Tenho a liberdade de recusar a participar da pesquisa em qualquer fase, sem qualquer prejuízo a minha pessoa.
- 3) Os dados pessoais dos participantes serão mantidos em sigilo e os resultados obtidos com a pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, incluindo a publicação na literatura científica especializada.
- 4) Não terei benefícios diretos participando deste trabalho, mas estarei contribuindo para o conhecimento da trajetória da implantação/implementação da Política de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) em Sergipe no que tange principalmente as medidas adotadas para a operacionalização da política de saúde do homem no estado que poderá trazer benefícios de uma maneira geral à sociedade.
- 5) Os registros escritos e gravados permanecerão em poder do pesquisador e não serão divulgados na íntegra.
- 6) Poderei entrar em contato com os pesquisadores sempre que julgar necessário. Com o acadêmico Everton Lima do Nascimento, pelo telefone (79) 9 9926-3224, ou com a professora Noêmia Lima Silva, pelo telefone (79) 8877-8601.
- 7) Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa.

Cidade: _____ Data: _____ de 2017.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

**APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista – Diretoria de Atenção Integral à Saúde –
Secretária Estadual de Saúde (SES) - Coordenação Estadual de Atenção Básica - Saúde
do Homem**

Data de realização da entrevista:

Nome do entrevistado:

Idade:

Sexo:

Formação:

Cargo:

Tempo no cargo

Endereço:

Fone:

E-mail :

1. Há orientação – em termos oficiais – por parte da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Sergipe com relação à implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) de 2009?

() Sim. () Não. Qual?

2. Qual a base legal para a implantação/implementação da PNAISH no Estado? (Lei, Decreto, Portaria, Resolução etc.)

3. Quais são as ações desenvolvidas pela SES para implantar a PNAISH em Sergipe?

4. Quem são os responsáveis por efetivar estas ações?

5. Deseja fazer alguma colocação sobre o assunto (avanços, limites, perspectivas)?

() Sim. () Não. Qual?

6. Há alguma instituição ou pessoa que possa fornecer informações que contribuam para esta pesquisa?

() Sim. () Não. Onde? Quem?

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista – Secretária Municipal de Saúde (SMS)

Data da entrevista:

Nome do entrevistado:

Idade:

Formação:

Cargo:

Tempo no cargo:

E-mail:

1. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem implementado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) de 2009?

2. Há lei, decreto, portaria, resolução etc. para implementar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem em Aracaju?

3. Quais são as ações desenvolvidas pela SMS para implementar a PNAISH em Aracaju? Quem são os responsáveis para efetivar essas ações?

4. Deseja fazer alguma observação sobre o assunto (avanços, limites, perspectivas)?